Rok L. Kraków, dnia 10. czerwca 1911. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Oklepywanie wątroby i żołądka i ucisk wibracyjny.

Podał

Prof. W. Jaworski.

Dla poznania siedziby stanu chorobowego zapomocą badania fizycznego chorych, używa się często ucisku. Uciska się często rozmaite okolice ciała końcami palców nietylko dla poznania oporności i spoistości narządów, lecz często i dla sprawienia bólu. Ucisk bowiem na narządy, opatrzone nerwami czuciowymi, jeżeli się w nich toczy sprawa zapalna, sprawia o wiele większe uczucie bólu, niż w stanie prawidłowym. Przez odpowiednie zastosowanie ucisku można rozpoznać i zróżniczkować nerwobóle międzyżebrowe, gościec mięśni międzyżebrowych i zapalenia suche opłucnej. Ucisk jest ważnym a prostym sposobem rozpoznawczym dla lokalizacyi schorzeń powierzchownie leżących narządów, skóry, mięśni i nerwów obwodowych. Należy jednak objaw uciskowy krytycznie oceniać, i nie każde miejsce bolesne za schorzałe uważać, albowiem można natrafić na projekcye punktów lub obszarów bolesnych Heada, które wywołane zostały przez schorzenie daleko leżących narządów.

Uciskać można tylko powierzchownie leżące narządy, innych, jak serca, śledziony, nerek, większej części wątroby nie można palcem ucisnąć, jeżeli położenie tych narządów jest prawidłowe. Można jednak na nie przenosić wstrząśnienia, jeżeli prostopadle do ich powierzchni wykonywa się szybko po sobie następujące uderzenia, czyli jeśli się je oklepuje. Wstrząśnienia te sprawiają w dotyczących narządach uczucie bólu, jeżeli one są zapalnie zmienione. Zwrócono też dotąd wielokrotnie uwagę na bolesność okolic lędźwiowych, która powstaje przy ich uderzaniu, jeżeli nerki są przez kamyki i złogi podrażnione (S. Goldflam, O wstrząsaniu nerek. Medycyna 1900 Nr 25).

W niniejszem doniesieniu zamierzam przytoczyć moje spostrzeżenia, jakie zebrałem oklepując wątrobę i żołądek u osób chorych. Przy oklepywaniu wątroby należy odróżnić jej powierzchnię grzbietną, boczną, i przednią. Grzbietna powierzchnia wątroby leży całkowicie w klatce piersiowej, a nadto jest osłoniętą od góry aż do 10 żebra miąższem płucnym, a tylko od 10—12 żebra przylega bezpośrednio do klatki piersiowej, obok kręgosłupa zaś pokrywa wątroba górny odcinek nerki prawej. Ten ostatni szczegół ma swoje znaczenie ze względu na ocenę wyników oklepywania w tem miejscu, o czem jeszcze niżej. Wątroba więc na swej powierzchni grzbietnej może być oklepywana od 10—12 żebra. Również i boczna powierzchnia wątroby jest pokryta miąższem płucnym, a tylko od 8—10 żebra, leży bezpośrednio przy ścianie klatki piersiowej i tu można ją oklepywać. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej daje się wątroba oklepywać od 6—8 żebra, gdyż na tej przestrzeni nie jest pokryta płucem. W dołku podsercowym leży wątroba bezpośrednio pod powłokami brzusznymi i nie nadaje się do bezpośredniego, lecz tylko do pośredniego oklepywania za pośrednictwem pukadła (plesymetru) lub palca.

Oklepywanie wątroby i żołądka uskutecznia się w położeniu leżącem; przednią powierzchnię wątroby oklepuje się w położeniu na wznak, boczną, przy położeniu na lewym boku, a tylną przy położeniu na brzuchu. Dla wykonania oklepywania uderza się szybko brzegiem wyprostowanej dłoni prawej równolegle do przebiegu żeber, najlepiej na międzyżebrza, zmieniając siłę uderzenia co kilka uderzeń. Zaczyna się wykonywać uderzenia od górnej części klatki piersiowej np. od kąta łopatki w dół i oklepuje się wątrobę nie tylko na klatce piersiowej, lecz i w okolicy lędźwiowej prawej. Dla kontroli oklepuje się tak stronę prawą, jak i symetryczne miejsca po stronie lewej. Oklepywany chory odczuwa w odpowiednich przypadkach chorobowych »ból wewnętrzny«. Część wątroby, leżąca poniżej dolnego przedniego brzegu klatki piersiowej, wstrząsa się pośrednio przez silne opukiwanie jej na małym dobrze naciśniętym plesymetrze zapomocą palca lub lepiej młotka. Można ucisnąć podejrzane miejsce palcem lewej ręki, a opukiwać palcem prawej; korzystniej jednak użyć małego plesymetra. O oklepywaniu żołądka będzie niżej wzmianka.

Oklepywanie wątroby stosowałem przy badaniu chorych na napady kolki żółciowej, lub podejrzanych o ich przebycie. We wszystkich przypadkach, w których były objawy kamicy żółciowej (żółtaczka, barwiki żółciowe w moczu, powiększenie i bolesność dolnego brzegu wątroby, bolesność powiększonego pęcherzyka żółciowego), można było wywołać bolesność przez oklepywanie części klatki piersiowej otaczającej wątrobę. W wielu niejasnych, a o kolkę żółciową podejrzanych przypadkach, wykonywałem stale próbę oklepywania, co niejednokrotnie naprowadziło mnie na rozpoznanie rzeczywistego stanu chorobowego. Do tego rodzaju przypadków należą liczne, w których bądź z wywiadów, bądź przez badanie, tylko małoznaczące objawy kamicy żółciowej zebrać można, jako to: kilkora-

zowe porody, przebyty dur brzuszny, przemijające ściskania lub bóle w klatce piersiowej, albo w górnej części jamy brzusznej, małe wzniesienia ciepłoty, krótko trwające ściemnianie moczu, nudności lub wymioty. Z tych nieuchwytnych objawów, zwłaszcza u osób tak zwanych nerwowych, nie można wnosić o istnieniu kolki żółciowej, a dopiero dodatni wynik oklepywania wątroby pozwala często ją rozpoznawać, jak to poniżej przytoczone przypadki pouczają.

Z drugiej strony może kolka żółciowa okazywać objawy zupełnie nietypowe, tak że może przybrać obraz chorobowy innych cierpień i naprowadzić lekarza na rozpoznanie każdej innej choroby, tylko nie kolki żółciowej. Czasem okazuje kamica żółciowa w swoich początkach obraz dusznicy bolesnej, jeżeli pojawiają się tylko bóle rozpierające klatkę piersiową, rozszerzające się więcej ku stronie prawej, a badanie serca nie może wykazać w niem zmian. Tu przechyla dodatni wynik oklepywania wątroby szalę rozpoznania na stronę kamicy żółciowej.

Podobne trudności rozpoznawcze powstają, jeżeli bóle w kamicy żółciowej, rozpromieniając się przeważnie ku jamie brzusznej, przybierają cechę morzyska (kurcz brzuszny, enteralgia, gastralgia), jaki napotykamy w przebiegu miażdżycy aorty brzusznej lub rozgałęzień tętnic krezkowych pod nazwą kliniczną »dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis« (Ortner), albo jako bóle przybierające cechę napadową w przebiegu przełomów żołądkowo-jelitowych (crises gastroentericae) bez możności wykazania objawów wiądu. W tych przypadkach, wielce trudnych do rozstrzygnięcia, dodatni wynik oklepywania przemawia za kolką żółciową.

Każdy praktyk pamięta o przypadkach, zwłaszcza u kobiet, u których przez długie lata rozpoznanie pozostaje w zawieszeniu: wrzód okrągły, czy kamica żółciowa. Jedynym sposobem rozstrzygnięcia tej zagadki może się stać dodatni wynik oklepywania wątroby, pojawiający się w czasie bólów.

O odróżnianiu nerwobólów żołądka (cardialgia) od wrzodu okrągłego i kamicy żółciowej będzie mowa w ostatnim ustępie.

W końcu należy tu wspomnieć o przypadkach opadnięcia nerek, żołądka i jelit (nephro-gastro-enteroptosis). Pojawianie się bólów napadowych jest tu bardzo częstym objawem. Mogą one przybrać te cechy, jakie dostrzegamy w kolce żółciowej. Jeżeli oklepywanie wątroby w tych przypadkach jest dodatnie, to należy wnosić, że przyczyną bólów nie jest opadnięcie trzew, lecz kamica żółciowa.

Bardzo rzadko zdarza się, że bolesność w dołku podsercowym lub w okolicy pęcherzyka żółciowego jest rozpromienianiem się kolki wyrostkowej (colica appendicularis).

Co do oklepywania lewej strony grzbietnej, to ono tu o wiele rzadziej wywołuje bolesność, niż po stronie prawej. Jeżeli po lewej stronie grzbietu okazywała się bolesność przy oklepywaniu, a po prawej jej nie było, to uważałem za przyczynę tego objawu wrzód okrągły na tylnej ścianie żołądka. Należy jednak, nim się zrobi takie rozpoznanie, wyłączyć z obszaru oklepywanego obecność punktów bolesnych, bolesność nerwów i mięśni międzyżebrowych, bolesność okostnej i opłucnej.

Przytaczam kilka przypadków z mojej obserwacyi:

I. K. M. nauczyciel, 26 lat; w nieokreślonych odstępach czasu zgaga, przytem często »kurcze«, jeżeli się chory przeje; »kurcze« trwają krótko, albo przez kilka godzin, rozpoczynają się w dołku podsercowym i rozpromieniają nieco ku prawemu podżebrzu, równocześnie kwaśny smak w ustach, który chory zwalcza przez gryzienie kredy; szybkie jedzenie, zwłaszcza chleba, ma wywoływać kurcze; mocz w czasie bolów ma być ciemniejszy. Chory wyskoku nie nadużywał, kiły nie przebył. Ostatnie bole przed 2 tygodniami.

Badanie: Chory dość dobrze odżywiony, »habitus paralyticus«, odruchy ścięgniste wzmożone, żółtawego zabarwienia na gałkach ocznych niema, rozszerzenie źrenic prawidłowe, gra źrenic żywa; ani z przodu, ani z tyłu niema punktów bolesnych, lecz oklepywanie grzbietnej części wątroby bolesne, po lewej nie. Mocz jasny, blady, wolny od białka. Rozpoznanie wahało się tu między nerwobolami żołądka, a kamicą żółciową. Próba oklepywania wątroby rozstrzygnęła na korzyść kamicy.

II. D. K., 54 l., architekt. Od 10 laty uczucie duszenia i napadowych bolów, które rozpoczynają się pod mostkiem od rozpychania klatki piersiowej i rozpromieniają się ku górze i ku lewej stronie klatki piersiowej. Napady powstają w nieregularnych odstępach czasu bez wiadomej przyczyny, trwają albo krótko, albo przez kilka godzin, kończą się czasem uczuciem, jakby się coś nagle urwało w piersiach; żółtaczki nie było, mocz po napadach ma być ciemniejszy, stolec regularny. Ostatni napad bolów przed 3 dniami.

Badanie: Odżywienie dobre, odruchy ścięgniste prawidłowe, zachowanie się źrenic prawidłowe. W żołądku nieznaczne pluskanie po obiedzie. Tętno 66 prawidłowe, tony serca zwłaszcza nad aortą głuche. Punktów bolesnych niema, tylko w okolicy pęcherzyka żółciowego nieznaczna i nieokreślona tkliwość uciskowa, natomiast oklepywanie prawej grzbietnej powierzchni od 10—12 żebra okazuje się nawet przy pukaniu na plesymetrze bolesnem. Mocz ciemno-żółtawy bez białka. Rozpoznanie wahało się między dusznicą bolesną sercową z powodu miażdżycy aorty i cechy bolów a kamicą żółciową przewlekłą. Próba oklepywania wątroby i barwa ciemna moczu wykazały obecność podrażnienia przewodu wątrobnego (ductus hepaticus).

III. P. K., l. 35, dwa razy rodziła. Od 5 tygodni uczucie tłoczenia w żołądku naczczo, które się powiększa po jedzeniu, nawet po kawie lub herbacie i budzi chorą ze snu; tłoczeniu towarzyszy odbijanie czcze; stosowana woda karlsbadzka ma dolegliwości powiększać, stolec prawidłowy.

Badanie: Odżywianie mierne, skóra blada. Odruchy ścięgniste nie zwiększone. Na gałkach ocznych zabarwienia żółtaczkowego niema. Zachowanie się źrenic prawidłowe. Przy ucisku i opukiwaniu dołka podsercowego bolesność mierna. Tkliwość uciskowa obu jajników; punktów bolesnych na grzbiecie kręgosłupa niema. Oklepywanie wątroby na grzbiecie bolesne, w lędźwiach niebolesne. Mocz pomarańczowy wysycony moczanami. Rozpoznanie: Tu należało rozstrzygać między nerwicą czuciową żołądka a kamicą żółciową; próba oklepywania wątroby i ciemny mocz przeważyły szalę rozpoznania na stronę kamicy żółciowej.

IV. P. P, l. 40, rodziła kilka razy. Od kilku miesięcy krótkotrwałe bole w prawej stronie klatki piersiowej w nieregularnych odstępach, bez gorączki, przyczem jednak mocz ma ciemnieć. Przed tygodniem przebyła bole. Badanie nie wykazuje nigdzie jakiejkolwiek nieprawidłowości. Punktów bolesnych nigdzie niema. Mocz blady. Oklepywanie wątroby na grzbiecie wywołuje »bolesność wewnętrzną« i stwierdza przypuszczenie kolki żółciowej z powodu podrażnienia przewodu wątrobnego (ductus hepaticus).

V. K. Z., l. 54. Dwa porody. Uskarża się na ciśnienie w żołądku, które od 2 lat w kilkutygodniowych od-

stępach się pojawia, przytem niema ani gorączki, ani moczu ciemniejszego. Badanie kobiety dobrze odżywionej nie wykazuje żadnej nieprawidłowości; punktów bolesnych niema, mocz jasny, blady bez białka. Oklepywanie wątroby na grzbiecie wywołuje w 10—11 międzyżebrzu bolesność wewnętrzną. Objaw ten każe oceniać napadowe dolegliwości żołądkowe (tłoczenie) jako pochodzące od kamicy żółciowej przewlekłej, a nie od wrzodu żołądka.

Na przytoczonych przypadkach widzimy, że dodatni wynik oklepywania jest dla lekarza bardzo pożądanym objawem, gdyż wydobywa go często z ciężkiego kłopotu rozpoznawczego. Niestety ten wynik dodatni nie pojawia się w każdym przypadku kamicy żółciowej. Jest on bowiem objawem podrażnienia lub istnienia stanu zapalnego dróg żółciowych. Stan ten po napadzie kolki może szybko przeminąć, a ból przy oklepywaniu już się nie pojawia. Mogą nawet w przewodach żółciowych lub pęcherzyku żółciowym znajdować się złogi, nie sprawiające stanu podrażnienia, a tem samem i bolu przy oklepywaniu. Dlatego ujemny wynik oklepywania nie przemawia przeciw kamicy żółciowej. Tylko w tym przypadku możnaby wnosić o nieobecności kamicy żółciowej, jeżeli chory uskarża się na bole w okolicy wątroby, a oklepywanie jej bolów ani nie wywołuje, ani ich nie zwiększa.

Jak długo po przebyciu napadu kolki żółciowej oklepywanie jest bolesne, trudno mi jeszcze powiedzieć. Widziałem przypadki, w których 2 tygodnie po napadzie kolki żółciowej nie było już żadnych objawów przedmiotowych i podmiotowych, a oklepywanie grzbietnej powierzchni wątroby dało jeszcze wynik dodatni.

Nie każdy ból, powstający podczas oklepywania wątroby, ma być pochodzenia wątrobnego. Przed oklepywaniem należy się upewnić, czy niema na powierzchni skóry punktów lub obszarów bolesnych, pojawiających się przy wrzodzie okrągłym i u osób nerwowych, czy niema nerwobolów międzyżebrowych, gośćca mięśni międzyżebrowych, bolów okostnej żeber, i opłucnej. Są to przeszkody, które przy oklepywaniu należy omijać, a w takich przypadkach należy do badania używać bocznej powierzchni wątroby w liniach pachowych, zwłaszcza w linii pachowej przedniej. Wyniki zaś oklepywania tych przypadków są zawsze mniej pewne.

Oklepywanie wątroby daje jeszcze wyniki niepewne, jeżeli w braku innych objawów, mamy do odróżnienia kolkę nerki prawej od kolki wątrobnej. Zdarza się bowiem, że nietylko przy kolce nerkowej, ale i przy kolce wątrobnej oklepywanie okolicy lędźwiowej prawej jest bolesne, co się daje tłómaczyć topograficznem położeniem wątroby względem nerki prawej. Dla odróżnienia tych stanów należy zwrócić uwagę na oklepywanie wątroby w liniach pachowych, zwłaszcza przedniej. Bolesność, wywołana w tych miejscach, przemawia więcej za kamicą żółciową, niż nerkową.

Najpewniejsze wyniki otrzymuje się przez oklepywanie części grzbietnej wątroby, a wskazują one na podrażnienie, względnie zapalenie przewodów żółciowych. Jeżeli bolesność pojawia się tylko przy oklepywaniu bocznej powierzchni wątroby, to może ona pochodzić tak od zajęcia przewodów żółciowych, jak i od zajęcia pęcherzyka żółciowego. Oklepywanie przedniej piersiowej powierzchni wątroby sprawia rzadziej bolesność, najwięcej jeszcze w linii pachowej przedniej, a wtedy pochodzi od zajęcia pęcherzyka żółciowego. Natomiast silne opukiwanie dolnego brzegu wątroby na mocno uciśniętym plesymetrze lub palcu daje często dobre wyniki. Albo istnieje bolesność opukowa wzdłuż całego dolnego brzegu wątroby, a wtedy przemawia to za zajęciem zapalnem wątroby, względnie za kamicą żółciową, — albo bolesne jest tylko ograniczone miejsce między linią przymostkową a sutkową, mogące sięgać aż do wysokości pępka. Wyszukane miejsce ograniczone z bolesnością opukową w tym obszarze, odpowiada podrażnionemu pęcherzykowi żółciowemu, chociażbyśmy go wyczuć nie mogli. Należy jednak przy ocenianiu tego wyniku mieć na względzie tę okoliczność, że w pobliżu pęcherzyka leży odźwiernik, który w razie zajęcia wrzodem okrągłym, wzgl. rakiem, może okazywać bolesność opukową.

Podobne stosunki istnieją przy oklepywaniu pośredniem wątroby w dołku podsercowym. Wprawdzie wątroba leży tu bezpośrednio pod powłokami brzusznemi i pokrywa całkowicie krzywiznę małą żołądka, lecz wstrząśnienie, wywołane przez silne opukiwanie dołka podsercowego, udziela się przez zdrowy miąższ wątroby ścianie żołądka i sprawia bolesność w przypadkach wrzodu okrągłego krzywizny małej. Można przeto mylnie bolesność przy opukiwaniu dołka podsercowego uważać za wątrobną, podczas gdy ona pochodzi od żołądka. Tylko wtedy należy uważać bolesność opukową w dołku podsercowym za wątrobną, jeżeli ona pojawia się jeszcze w innych miejscach wątroby, n. p. wzdłuż całego jej brzegu dolnego, a niema cechujących objawów wrzodu okrągłego.

Wspomniałem już wyżej, że oklepywanie wątroby i żołądka stosowałem tylko w przypadkach podejrzanych o kolkę żółciową i wrzód okrągły żołądka i muszę zaznaczyć, że jest to w wielu wątpliwych przypadkach cenny, a bardzo prosty pomocniczy sposób rozpoznawczy. O tem, jak się sprawa ma z oklepywaniem w innych chorobach wątroby i żołądka, obecnie jeszcze niczego stanowczego powiedzieć nie mogę.

O ucisku wibracyjnym.

W związku z wywołaniem bolesności przez oklepywanie, jest odróżnienie bolów uciskowych tak zwanych organicznych od bolesności nerwowej. Tutaj zamierzam mówić tylko o bolesności uciskowej w dołku podsercowym i w okolicy pęcherzyka żółciowego. W bolu uciskowym wątrobnym w tych miejscach pośredniczy splot wątrobny (plexus hepaticus), a w żołądkowym splot wieńcowy górny i splot żołądkowy przedni (pl. coronarius superior i pl. gastricus anterior). Uciskając końcem palców powłoki zewnętrzne w tych obu miejscach, można sprawić dotkliwą bolesność. Wtedy, przy warunkach niewyjątkowych, przypuszcza się jako najczęstszą przyczynę bolu trzy stany chorobowe: Ból nerwowy (cardialgia, spasmus pylori), wrzód okrągły lub rozpoczynający się rak na krzywiźnie małej, względnie w odźwierniku, a wreszcie kamica żółciowa. Jeżeli niema swoistych objawów wrzodu okrągłego, raka lub kamicy żółciowej, a oklepywanie daje wynik ujemny, to odróżnienie tych stanów chorobowych na podstawie samej bolesności uciskowej jest bardzo trudne. Najczęściej przypuszcza lekarz, że ma przed sobą bolesność nerwową,

jako objaw nerwicy czuciowej, i opiera się na wnioskowaniu przez analogię, szukając w ustroju innych objawów nerwowych, cechujących ogólne psychoneurozy, jak: dermographia, globus, singultus, tachycardia, rhachalgia, asphyxia localis, tachypnoë, zwiększenie odruchów ścięgnistych i t. p. Przedewszystkiem jednak należy tu uwzględnić w ocenie bolesności nerwowej jako pomocniczy środek rozpoznawczy znane już wprawdzie zachowanie się źrenic, na które jednak w praktyce nie zawsze zwraca się należytą uwagę. U wielu osób tak zwanych nerwowych (neurosis universalis irritativa) na tle podrażnienia bądź nerwu współczulnego bądź też kory mózgowej, można dostrzedz nadmiernie rozszerzone źrenice, a średnica ich już podczas badania ulega ciągłej zmianie; istnieje tak zwany »niepokój źreniczny«. W innych przypadkach rozszerzone źrenice są nierówne i zmienne, tak że źrenica, która była przedtem szeroka, zwęża się, gdy tymczasem druga nadmiernie się rozszerza; istnieje tak zwane »przeskakiwanie źrenic«. Na światło oddziaływają takie źrenice niezmiernie żywo, to szybko zwężając się, to nadmiernie rozszerzając się. Przy szybkiem zasłanianiu i odsłanianiu oka okazuje się zadziwiająca gra źrenic. Całe to zachowanie się źrenic wskazuje na łatwą pobudliwość układu nerwowego współczulnego i na chwiejność równowagi psychicznej na tle nadmiernej pobudliwości kory mózgowej. Uważny spostrzegacz już przy samem wstępie chorego do pokoju ordynacyjnego wyczytuje ze źrenic, z jakim chorym ma do czynienia. U osób z chorobami organicznemi bez domieszki »nerwowości« przytoczonych objawów źrenicznych nie napotykamy. Tylko wtedy, jeżeli się u nich uciśnie miejsca bolesne wyżej wymienione, mające związek z kamicą żółciową lub wrzodem okrągłym żołądka, czyli jeśli się wywoła ból organiczny, to źrenice również się rozszerzają, co należy uważać za oznakę rzeczywistego, a nie udanego bolu. Niepokoju źrenicznego i żywej gry źrenicznej u osób z bolesnością organiczną zwykle nie napotykamy, a zwężanie się odruchowe nawet rozszerzonych źrenic pod wpływem światła bywa leniwe.

Należy jeszcze podnieść tu jedną oznakę, podniesioną przez Leubego, a cechującą bolesność nerwową, t. j. skutki galwanizowania miejsca bolesnego. Bolesność nerwowa np. w dołku podsercowym pod wpływem prądu galwanicznego znika, bolesność od wrzodu okrągłego pozostaje.

Pomimo tych wszystkich sposobów rozpoznawczych pozostają jeszcze przypadki, w których trudno rozstrzygnąć, czy bolesność jest nerwowa, czy organiczna. Rozpoznanie choroby pozostaje przeto w zawieszeniu aż do czasu, gdy się okaże jeden z objawów, cechujących chorobę właściwą.

W moich spostrzeżeniach zauważyłem odmienne zachowanie się punktów bolesnych podczas ucisku. Tak np. daje się dostrzegać, że u tak zwanych osób nerwowych ból uciskowy przy dłuższem trwaniu uciskania palcem zmniejsza się, a niekiedy całkiem znika, natomiast ból organiczny zwykle się zwiększa. Znikanie bolów nerwowych następuje przy ucisku prawie zawsze, jeżeli ucisk połączy się z wibracyą, wykonując tę manipulacyę w ten sposób, że wtłacza się opaską palca bolesne powłoki brzuszne ku wewnątrz i równocześnie wykonywa ruch wibracyjny, nie odejmując końca palca od powierzchni ciała. Utrzymując ruch wibracyjny od $^1/_4$—1 minuty, stwierdzimy, że ból się zmniejszył, a w końcu znikł. Przy ponownem badaniu chory nieraz nie umie podać, w którem miejscu go bolało. Jeżeli punkty bolesne są na tle anatomicznem (ulcus, cholithiasis), to bolesność przy wykonywaniu ucisku wibracyjnego nie znika, a często potęguje się, tak że chory broni się przed powtórzeniem próby. Oceniając równocześnie i inne objawy odróżniające, stosowałem często ucisk wibracyjny dla odróżnienia nerwobólu żołądkowego od wrzodu okrągłego i kamicy wątrobnej. Muszę jednak nadmienić, że do tej próby nadają się przeważnie chorzy inteligentniejsi. Objaśnią to następujące, w krótkości przytoczone przypadki.

VI. L. K. kleryk l. 24; od 2 lat chory, miał sobie zepsuć żołądek przez kuchnię seminaryjną. Czuje prawie trwale ciśnienie w żołądku, które przy wyprostowaniu się, lub ściąganiu się paskiem powiększa się; po kwaśnych i po ostrych potrawach dostaje silnych bólów żołądkowych; po obiedzie dość często zgaga, nudności i zrywanie na wymioty, które jednak nie następują; stolec zaparty. Oprócz tego: częsty ból głowy, zły sen, uczucie ziębienia, migotanie przed oczyma. Chory pracuje wiele umysłowo.

Badanie: Dość dobre odżywienie, wejrzenie czerstwe. Dermografia. Źrenice bardzo szerokie, gra źrenic bardzo żywa, odruchy ścięgniste wzmożone, tętno 88. Oklepywanie wątroby wszędzie ujemne, w dołku podsercowym ograniczone bolesne miejsce uciskowe i opukowe; bolesność uciskowa znika całkiem po wibracyi, a przy powtórzeniu próby uciskowej nie wraca; chory nie umie wskazać dokładnie, gdzie go boli. Mocz mętny, od fosforanów alkaliczny, bez białka.

Wywiady i ograniczone miejsce bolesne w dołku podsercowym zdawały się wskazywać na wrzód okrągły, tymczasem znikanie bolesności wśród i po ucisku wibracyjnym przemawiały za bólem przyrody nerwowej, co poparły także inne objawy nerwowe, a mianowicie zachowanie się źrenic i moczu (fosforany).

Rozpoznanie: Neurasthenia visceralis, praecipue cardialgia c. pyrosi, phosphaturia.

VII. K. F. 35 lat, urzędnik, czuje od dłuższego czasu ciśnienie »jak kamień« w żołądku, po jedzeniu jeszcze większe; zgagi, wymiotów nie doznaje, stolec codziennie, mocz oddaje obficie, o barwie bladej; żołądek miał być trzy razy przepłukiwany, nieprawidłowości nie znaleziono.

Badanie: Odżywienie mierne. Przestrzeń półksiężycowata zmniejszona, pluskanie po obiedzie ponad pępkiem, na małej przestrzeni. Ucisk i opukiwanie dołka podsercowego bolesne. Pod uciskiem wibracyjnym bolesność znika. Oklepywanie wątroby bez bólu. Źrenice szerokie, gra źrenic żywa.

Rozpoznanie wahało się w tym przypadku między wrzodem okrągłym, a nerwobólem żołądka; wynik ucisku wibracyjnego przeważył rozpoznanie na stronę tego drugiego cierpienia.

VIII. R. H. kupiec, żonaty, lat 33. Zawsze zdrów, od 3 miesięcy zgaga, palenie i wzmożone pragnienie; szczególnie dokuczają choremu bóle w żołądku, których rano niema, a które pojawiają się po jedzeniu prawie przez cały dzień, w nocy przerywają sen. Mocz oddaje chory często, o barwie bladej. Stolec zaparty.

Badanie: Odżywienie mierne, odruchy ścięgniste prawidłowe, zachowanie się źrenic prawidłowe, język obłożony. W samym dołku podsercowym bolesność uciskowa, ograniczona do przestrzeni wielkości korony; bolesność zwiększa się przy opukiwaniu tego miejsca, a przy wykonaniu ucisku wibracyjnego utrzymuje się i nie znika, przy powtórzeniu zaś próby zwiększa się. Po lewej stronie kręgosłupa na wysokości 12. żebra punkt uciskowy bolesny. Okle-

pywanie wątroby wszędzie z wynikiem ujemnym. Natomiast oklepywanie lewej strony grzbietu od 10. żebra na dół sprawia wewnętrzny ból. Mocz blady, bez zmian. Badanie żołądka na czczo: 20 cm³ treści zielonkowatej bez resztek pokarmów pod mikroskopem, kw. 16. Po śniadaniu próbnem: kw. 72, od HCl 50. W treści żołądkowej i w stolcu nie wykazano krwi utajonej. Wyłączono w rozpoznaniu kolkę żółciową i nerwicę żołądka, a przyjęto wrzód okrągły, nietylko na podstawie ograniczonego bólu w dołku podsercowym i punktu bolesnego po stronie lewej kręgosłupa, ale i z powodu dodatnich wyników oklepywania żołądka na grzbiecie i ucisku wibracyjnego na miejsce bolesne w dołku podsercowym, chociaż nie zdołano wykazać krwi utajonej w stolcu i w treści żołądkowej.

Oklepywanie nerek wykonywamy, oklepując obydwie okolice lędźwiowe, tak samo, jak grzbietną powierzchnię wątroby. Znaczenie tego oklepywania uwidocznia następujący przypadek.

IX. M. P. lat 41, niezamężna. Chorób nie przebywała. Od 8 lat rozpoczęły się bóle w dolnej części lewej połowy klatki piersiowej z boku i z tyłu. Bóle z czasem stawały się coraz silniejsze i przechodziły na podżebrze lewe z przodu i z tyłu, wreszcie przybrały cechę napadów powtarzających się co kilka dni, przytem pojawiają się wymioty bardzo kwaśne. W ostatnich czasach uśmierzają się bóle tylko wstrzykiwaniami morfiny; jazda wózkiem, trzęsienie szkodzi chorej i wywołuje bóle. Mocz podczas napadów i po napadach blady i czysty. Chora była leczona rozmaicie, to na »chorobę żołądka«, to »na nerwy«, to »na kiszki«, to »na nerki«. Ostatni napad bólów przed dwoma tygodniami, trwał 24 godzin.

Badanie: Odżywienie dość dobre. Zachowanie się źrenic prawidłowe, odruchy ścięgniste nieco wzmożone. W żołądku po obiedzie lekkie chełbotanie, jelito grube wyczuwalne jako wałek sprężysty, przy ucisku nieco tkliwy, zresztą w brzuchu i na powłokach brzusznych żadnej bolesności ani punktów bolesnych niema. Sledziona i nerki niewyczuwalne. Zmian czuciowych i ruchowych w kończynach dolnych wykazać nie można. Z tyłu kręgi niebolesne, jedynie ostatnie międzyżebrze lewe przy ucisku tkliwe, skóra ujęta we fałd niebolesna; opukiwanie z tyłu na plesymetrze i na palcu bolesne w ostatniem międzyżebrzu i na przestrzeni lędźwiowej lewej, po stronie prawej niebolesne. Oklepywanie sprawia ból wewnętrzny tylko na żebrze 11—12 i na obszarze lędźwiowym lewym, po prawej stronie wynik oklepywania ujemny.

Wywiady, wynik badania i oklepywania nerek pozwalają tu wyłączyć chorobę żołądka, jelit, rdzenia, nowotwory, i pomimo braku zmian w moczu przyjąć chorobę nerek. A ponieważ niema objawu nowotworu, gruźlicy, lub ropnia nerek, zapalenia okołonerkowego lub zapalenia miedniczek, należy uważać ten przypadek za kolkę nerkową, wywołaną najprawdopodobniej kamicą nerkową. Rozpoznanie byłoby niemożliwe, gdyby oklepywanie nie było bolesne po stronie lewej, lecz prawej. Po prawej bowiem stronie kolka wątrobna sprawia często bolesność przy oklepywaniu nietylko na żebrach 11—12, ale i w okolicy lędźwiowej prawej.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie VII. 13. XII. 1909. Pies »Kasztan« wagi 15 7 kilo; operowany 3. XII. 1909. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. IV.).

TABLICA IV.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
10 h. 10′	—	
„ 11′	1	
„ 12′	1	
„ 13′	0	4
„ 14′	1	
„ 15′	1	
„ 16′	1	
„ 17′	1	
„ 18′	1	4
„ 19′	0	
„ 20′	1	
„ 21′	0	
„ 22′	1	
„ 23′	1	3
„ 24′	0	
„ 25′	1	
„ 26′	0	
„ 27′	0	
„ 28′	1	3
„ 29′	1	
„ 30′	1	
Od 10 h. 30′ do 10 h. 32′ wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. najlepszej oliwy (kwaśność 5·4⁰).		
10 h. 31′	1	
„ 32′	1	
„ 33′	1	5
„ 34′	1	
„ 35′	1	
„ 36′	1	
„ 37′	1	
„ 38′	1	6
„ 39′	2	
„ 40′	1	
„ 41′	2	
„ 42′	2	
„ 43′	2	8
„ 44′	1	
„ 45′	1	
10 h. 46′	1	
„ 47′	1	
„ 48′	3	7
„ 49′	2	
„ 50′	0	
„ 51′	1	
„ 52′	1	
„ 53′	2	5
„ 54′	1	
„ 55′	0	
„ 56′	1	
„ 57′	0	
„ 58′	1	4
„ 59′	1	
11 1′	1	
Wprowadzono do dwunastnicy 18 cm sz. soku trzustkowego		
11 h. 1′	1	
„ 2′	10	
„ 3′	7	24
„ 4′	2	
„ 5′	4	
„ 6′	4	
„ 7′	5	
„ 8′	7	27
„ 9′	6	
„ 10′	5	
„ 11′	6	
„ 12′	8	
„ 13′	3	22
„ 14′	3	
„ 15′	2	
„ 16′	3	
„ 17′	3	
„ 18′	3	15
„ 19′	3	
„ 20′	3	
„ 21′	3	
„ 22′	4	
„ 23′	3	17
„ 24′	3	
„ 25′	4	
Doświadczenie zakończono.		

Wydzielanie w doświadczeniu tem było bardzo niewielkie; przed wprowadzeniem tłuszczu prawie żadne (3—4 podziałki w 5 min.); po wprowadzeniu tłuszczu zwiększyło się bardzo niewiele: 5, 6, 8, 7, 5, 4 przez każde następne 5 minut. Po wprowadzeniu do dwunastnicy 18 cm. sz. soku trzustkowego, wydzielanie wzrosło do 24, 27, 22, 15, 17 podziałek. Powyższe dane wskazują, że dla wzmożenia wydzielania wystarcza aby tłuszcz był w zetknięciu z sokiem

trzustkowym w ciągu bardzo krótkiego czasu, w danym przypadku np. w ciągu 2 minnt. Należy tu zaznaczyć, że sok trzustkowy sam przez się nie wywołuje wydzielania soku trzustkowego.

Do następnego doświadczenia użyłem tłuszczu, który po dokładnem zmieszaniu z sokiem trzustkowym (9 części tłuszczu na 1 część soku) wstawiony został do cieplarki na 10 minut. Tutaj badałem także wpływ na wydzielanie czystego kwasu oleinowego jako produktu rozkładu tłuszczów.

Doświadczenie VIII. 16. XII. 1909. Pies »Bułany« wagi 14·8 klg., tensam, na którym przeprowadzono doświadczenie VII. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. V.).

TABLICA V.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
8 h. 46′	—	
„ 47′	2	
„ 48′	3	
„ 49′	5	13
„ 50′	2	
„ 51′	1	
„ 52′	2	
„ 53′	1	
„ 54′	1	12
„ 55′	2	
„ 56′	6	
„ 57′	4	
„ 58′	3	
„ 59′	2	13
9 h. —	2	
„ 1′	2	

Od 9 h. 1′ do 9 h. 2′ wprowadzono do dwunastnicy 30 cm sz. oliwy, która zmieszana z sokiem trzustkowym pozostawała w cieplarce 10 m. przy 37° C. (kwasota mieszaniny 10°)

Czas	Ilość	
9 h. 2′	2	
„ 3′	3	
„ 4′	2	11
„ 5′	2	
„ 6′	2	
„ 7′	2	
„ 8′	2	
„ 9′	4	14
„ 10′	3	
„ 11′	3	
„ 12′	5	
„ 13′	6	
„ 14′	5	31
„ 15′	8	
„ 16′	7	
„ 17′	5	
„ 18′	5	
„ 19′	6	28
„ 20′	8	
„ 21′	4	
„ 22′	5	
„ 23′	2	
„ 24′	1	11
„ 25′	2	
„ 26′	1	
„ 27′	1	
„ 28′	3	
„ 29′	1	8
„ 30′	1	
„ 31′	2	
„ 32′	1	
„ 33′	0	
„ 34′	1	

Wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. czystego kwasu oleinowego Kahlbauma *)

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 35′	3	
„ 36′	3	
„ 37′	16	52
„ 38′	15	
„ 39′	15	
„ 40′	7	
„ 41′	2	
„ 42′	8	30
„ 43′	3	
„ 44′	10	
„ 45′	5	
„ 46′	5	
„ 47′	3	28
„ 48′	9	
„ 49′	6	
„ 50′	2	
„ 51′	2	
„ 52′	12	24
„ 53′	5	
„ 54′	3	
„ 55′	13	
„ 56′	15	
„ 57′	11	73
„ 58′	16	
„ 59′	18	
10 h. —	27	
„ 1′	20	
„ 2′	25	

Zastrzyknięto pod skórę 0·005 siarczanu atropiny

Czas	Ilość	
10 h. 3′	6	
„ 4′	10	
„ 5′	40	76
„ 6′	9	
„ 7′	11	
„ 8′	12	
„ 9′	7	
„ 10′	4	39
„ 11′	11	
„ 12′	5	
„ 13′	6	
„ 14′	2	
„ 15′	3	17
„ 16′	2	
„ 17′	4	
„ 18′	3	
„ 19′	5	
„ 20′	4	23
„ 21′	4	
„ 22′	7	

Doświadczenie zakończono.

*) Kwas oleinowy (Kahlbaum) przedstawia się w postaci gęstej przeźroczystej bezbarwnej cieczy zupełnie nierozpuszczalnej w wodzie.

Z doświadczenia tego widać, że po wprowadzeniu tłuszczu, zmieszanego z sokiem trzustkowym, daje się zauważyć wyraźnie zwiększenie się ilości wydzielającego się soku: zamiast 13, 12 podziałek otrzymujemy 14, 31, 28 podziałek. Przypuszczenie, że w tłuszczach rozszczepionych, do jakich należą tłuszcze kupne, ciałem, pobudzającem trzustkę do wydzielania, jest kwas tłuszczowy, staje się zupełnie dowiedzionym faktem. Po wprowadzeniu 15 cm. sz czystego kwasu oleinowego, ilość soku wzrasta z 8 podziałek do 52, 30, 28, 24, 73. Ilość ta pozostaje prawie bez zmiany i po wstrzyknięciu atropiny: 76, 39, 17, 23 podziałek. Widać z tego, że atropina nie wywołuje żadnych zmian w sprawie wydzielania soku trzustkowego pod wpływem kwasów tłuszczowych, a zatem i rozszczepionych tłuszczów. Ten fakt podkreślić tutaj należy, gdyż i wydzielanie pod wpływem wprowadzenia do dwunastnicy kwasu solnego nie ulega zmianom po atropinie. Kwas oleinowy w wodzie wcale się nie rozpuszcza, wydzielanie przeto wywołane przez ten kwas powstać może tylko drogą odruchu z błony śluzowej dwunastnicy.

Ciało, które się znajduje między produktami trawienia białka i które wchłonięte do krwi wywołuje wydzielanie soku trzustkowego rozpuszcza się w wodzie. Ciało to nazwał Popielski wazodylatyną i zbadał szczegółowo jego fizyologiczne i chemiczne własności. Wydzielanie wskutek działania kwasu oleinowego nie ma nic wspólnego z wydzielaniem wskutek działania wazodylatyny. Wydzielanie wskutek działania wszelkich kwasów (oleinowego, solnego i innych) powstaje drogą odruchową przez ośrodki, wykryte przez Popielskiego i znajdujące się w samej trzustce. Wydzielanie wskutek działania wazodylatyny powstaje przez krew, która wchłania tę substancyę z jelit, gdzie ona powstaje jako produkt trawienia białka przez pepsynę lub trypsynę. Ciało to może być wprowadzone do przewodu pokarmowego w gotowej już postaci, ponieważ znajduje się ono w bulionie, polewce rybiej, świeżem mięsie, we wszystkich narządach ciała, a także ustrojach zwierząt niższych: pijawek, dżdżownic, ślimaków. Robiąc wyciągi z rozmaitych części naszego ciała lub ciała zwierząt zapomocą gorącej wody lub kwasu otrzymujemy w nich wielkie ilości wazodylatyny, która przechodząc do przewodu pokarmowego *) i będąc wchłonięta przez krew, wywołuje wydzielanie soku trzustkowego. Tylko wprowadzona do odbytnicy i jelita grubego nie wywiera wazodylatyna żadnego wpływu, ponieważ szybko się tam rozkłada. W tem właśnie leży głęboka różnica w poglądach szkoły Pawłowa i szkoły Popielskiego. Szkoła Pawłowa uważa wydzielanie, wywołane przez bulion, pepton, polewkę itd., za wynik odruchu (między innymi także i z tego powodu, że wprowadzenie tych ciał do odbytnicy wydzielania nie wywołuje), nie określając bliżej wywołującego go czynnika Popielski i jego szkoła zapatruje się na to wydzielanie jako na »humoralne«, przyczem czynnik działający został przez Popielskiego szczegółowo

*) Wazodylatyna wywołuje wydzielanie soku trzustkowego i przy bezpośredniem wprowadzeniu do krwi i przy wstrzyknięciu pod skórę.

zbadany *). Co się zaś tyczy wydzielania, wywoływanego przez kwasy, wprowadzane do dwunastnicy, to szkoła Pawłowa zasadniczo zmieniła swój pogląd. W ciągu dłuższego czasu broniła ona zapatrywania, że wydzielanie, wywołane przez kwasy powstaje drogą odruchową; wydzielanie to było przytaczane, jako przykład wydzielania »nerwowego«, jako wzór współzależności nerwowej narządów. Ostatnimi czasy wszakże pogląd ten został odrzucony; Pawłow i jego uczniowie podają wydzielanie wywołane przez kwas jako przykład wydzielania »humoralnego«. Rozumie się, że zmiana ta wpłynęła zasadniczo na stworzony przez Pawłowa pogląd na sprawę trawienia, pogląd, który go ostatecznie doprowadził do teoryi o celowem przystosowaniu wydzielania do rozmaitych rodzajów pokarmu za pośrednictwem delikatnie urządzonego aparatu nerwowego. Tym sposobem zasady teoryi, odrzuconej przez Popielskiego, odrzuca teraz i sam Pawłow.

Doświadczenie z mieszaniną tłuszczu i soku trzustkowego powtórzyłem jeszcze raz na psie »Kasztanie« z zupełnie jednakowym wynikiem. Wobec poważnego znaczenia tej sprawy pozwolę sobie przytoczyć jeszcze jeden przykład wpływu tłuszczu kupnego na wydzielanie soku trzustkowego. W doświadczeniu tem stosowałem najlepszą oliwę o kwaśności $6·6^0$ według Burstyna.

TABLICA VI.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
8 h. 57′	—	
„ 58′	7	
„ 59′	5	
9 h. —	5	24
„ 1′	4	
„ 2′	3	
„ 3′	5	
„ 4′	5	
„ 5′	5	31
„ 6′	8	
„ 7′	8	
„ 8′	6	
„ 9′	7	
„ 10′	5	25
„ 11′	4	
„ 12′	3	
80 podziałek w 15 min.		
Od 9 h. 12′ do 9 h. 14′ wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. oliwy o kwaśności 6 6^0		
9 h. 13′	6	
„ 14′	4	
„ 15′	5	35
„ 16′	10	
„ 17′	10	
„ 18′	8	
„ 19′	5	
„ 20′	8	36
„ 21′	8	
„ 22′	7	
„ 23′	6	
„ 24′	7	
„ 25′	7	37
„ 26′	6	
„ 27′	11	
108 podziałek w 15 min.		
9 h. 28′	8	
„ 29′	9	
„ 30′	7	42
„ 31′	10	
„ 32′	8	
„ 33′	9	
„ 34′	8	
„ 35′	7	38
„ 36′	8	
„ 37′	6	

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 38′	7	
„ 39′	7	
„ 40′	9	36
„ 41′	6	
„ 42′	7	
116 podziałek w 15 min.		
9 h. 43′	10	
„ 44′	6	
„ 45′	7	39
„ 46′	7	
„ 47′	9	
„ 48′	6	
„ 49′	7	
„ 50′	10	40
„ 51′	6	
„ 52′	11	
„ 53′	5	
„ 54′	6	
„ 55′	9	32
„ 56′	7	
„ 57′	5	
111 podziałek w 15 min.		
9 h. 58′	9	
„ 59′	13	
10 h. —	10	56
„ 1′	14	
„ 2′	10	
„ 3′	10	
„ 4′	9	
„ 5′	10	46
„ 6′	10	
„ 7′	7	
„ 8′	10	
„ 9′	8	
„ 10′	10	47
„ 11′	10	
„ 12′	9	
149 podziałek w 15 min.		
9 h. 13′	7	
„ 14′	10	
„ 15′	10	47
„ 16′	11	
„ 17′	9	
Doświadczenie zakończono.		

*) W pracowni Popielskiego przekonano się, że bulion i pepton Wittego nie działają przy wprowadzeniu do odbytnicy z tego powodu, że wazodylatyna rozkłada się.

Doświadczenie X. 14. I. 1910. Pies »Łysy« wagi 15·6 klg., tensam, na którym przeprowadzono doświadczenia III. i IV. Operowany 7. I. 1910. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. VI.).

Z doświadczenia tego widać, że po wprowadzeniu tłuszczu nastąpiło widoczne, chociaż niewielkie zwiększenie wydzielania: do wprowadzenia tłuszczu wydzielanie wyrażało się 24, 31, 25 podziałek, po wprowadzeniu 35, 36, 37, 42, 38, 36, 39, 40, 32, 56 podziałek.

Takież same doświadczenia przeprowadzono na psie »Białym« (kwaśność tłuszczu $7·4^0$) i psie »Buldogu« (kwaśność $5·8^0$).

Badania nad tłuszczami kupnymi rozszczepionymi z jednej strony, a czystymi chemicznie i obojętnymi z drugiej strony, wykazują, że w pierwszym przypadku przyczyną wydzielania są produkty rozkładu tłuszczów, a jednym z nich, jak pokazuje doświadczenie VIII., jest kwas oleinowy. Między produktami rozkładu tłuszczów znajduje się jeszcze i gliceryna. Prowadząc badania w dalszym ciągu, starałem się zbadać wpływ tego ciała w następujących 2 doświadczeniach.

Doświadczenie XIII. 2. III. 1910. Pies »Pstry« wagi 16 klg.; operowany 19. II. 1910. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tabl. VII.).

TABLICA VII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
11 h. 43′	—	
„ 44′	10	
„ 45′	10	
„ 46′	5	48
„ 47′	13	
„ 48′.	10	
„ 49′	18	
„ 50′	6	
„ 51′	5	63
„ 52′	15	
„ 53′	19	
„ 54′	15	
„ 55′	5	
„ 56′	9	54
„ 57′	9	
„ 58′	16	
165 podziałek w 15′ min.		
Od 11 h. 58′ do 11 h. 59′ wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. czystej chemicznie gliceryny		
11 h. 59′	5	
12 h —	8	
„ 1′	12	47
„ 2′	13	
„ 3′	9	
„ 4′	11	
„ 5′	15	
„ 6′	4	58
„ 7′	18	
„ 8′	10	

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w mi limetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
12′ h. 9′	10	
„ 10′	7	
„ 11′	21	96
„ 12′	40	
„ 13′	18	
201 podziałek w 15 min.		
12 h. 14′	17	
„ 15′	8	
„ 16′	20	64
„ 17′	12	
„ 18′	7	
„ 19′	16	
„ 20′	4	
„ 21′	14	51
„ 22′	9	
„ 23′	8	
„ 24′	7	
„ 25′	9	
„ 26′	6	40
„ 27′	12	
„ 28′	6	
155 podziałek w 15 min.		
Doświadczenie zakończone.		

W doświadczeniu tem po wprowadzeniu gliceryny nastąpiło bardzo nieznaczne zwiększenie wydzielania: 165 po-

działek przez 15 minut przed wprowadzeniem gliceryny; 201, 155 podziałek po wprowadzeniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Strasburger. **Leczenie emanacyą radu.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 15). Emanacyę radu stosował S. w postaci kąpieli, okładów lub też wewnętrznie. W czasie leczenia stosował zawsze u danego chorego jedną tylko metodę, by w ten sposób można stwierdzić, która z nich najlepsze daje wyniki. Zaznaczyć należy, że S., celem uniknięcia sugestywnego działania, nie wtajemniczał chorych, że leczeni są radem. Kąpiele stosowane przez autora, posiadały 10—15000 ME (jednostek Machego); wewnętrznie podawał S. emanacyę w ilości 700—1000 ME dziennie. Wyniki, otrzymane przez S., przedstawiają się zadawalająco. W znacznym odsetku przypadków przewlekłego gośćca stawowego, w którym dotychczas stosowane inne leczenie nie wywierało najmniejszego skutku, osiągnął S. bardzo dobre wyniki, kilka razy nawet był skutek zdumiewający. W niemniejszym jednakże odsetku przypadków leczenie emanacyą okazało się bezskutecznem; częściowo były to przypadki ze szczególnie ciężkiemi zmianami w stawach (zniekształcenia, zrosty), przy których zastosowanie zwykłego leczenia okazało się również bezskutecznem, jednak w pewnej części przypadków nastąpiło wyleczenie inną metodą.

W następnej części swej pracy zastanawia się S. nad pytaniem, jaką drogą należy wprowadzać do ustroju emanacyę, by wywarła najkorzystniejsze na ustrój działanie. Opierając się na doświadczeniach Löwenthala twierdzono dotychczas, że emanacya przez nietkniętą skórę nie może dostać się do ustroju. Dla Löwenthala jednak wskaźnikiem obecności emanacyi w ustroju była obecność jej w moczu. Dziś jednak wiemy, że przeważna część emanacyi radowej wydziela się za pośrednictwem dróg oddechowych, a w moczu znajduje się zaledwie $^1/_{4000}$ wprowadzonej do ustroju emanacyi. Badania, przeprowadzone w ostatnim roku przez Engelmanna, stwierdziły, że po kąpieli, zawierającej 1500 ME., już po 10 minutach można stwierdzić obecność emanacyi w wydychanem powietrzu. Przy zewnętrznem stosowaniu radu produkta przemiany emanacyi w postaci stałej odkładają się w skórze i przez to działają nawet czas dłuższy po kąpieli na ustrój (inducierte Activität). S. sądzi, że najodpowiedniejszą metodą stosowania emanacyi są okłady, ponieważ w ten sposób możemy podać ustrojowi największą ilość jednostek emanacyjnych.

W konstytucyonalnych cierpieniach, jak n. p. w skazie moczanowej, radzi S. stosować emanacyę wewnętrznie, zatem albo w postaci wody do picia, albo wziewań. Pod względem działania jednak dwie te metody nie są sobie równe, gdyż, jak to stwierdzili Kemen i Neumann, by dostarczyć ustrojowi równych ilości emanacyi, trzeba zastosować o wiele znaczniejsze ilości przy wziewaniu, aniżeli przy stosowaniu wewnętrznem. Sokołowski

Ehlers. **Nowy przetwór naparstnicy (digitalis Winckel)** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 11). Ze wszystkich przetworów naparstnicy najchętniej używanym przetworem jest »pulvis fol. digit.«, ponieważ najmniej wywołuje szkodliwych ubocznych objawów. Nie jest jednak i on wolny od niepożądanych własności, do których przedewszystkiem należy niestałość działania, zależna jużto od miejsca i pochodzenia, już też od czasu zbioru i czasu przechowywania rośliny i wielu innych czynników. Drugą niepożądaną własnością jest działanie szkodliwe na przewód pokarmowy, które w wielu przypadkach uniemożliwia wewnętrzne stosowanie naparstnicy. Kobert jako powód zmienności przetworu tego przyjmuje obecność w roślinie enzymów, które z chwilą wysychania naparstnicy wywierają na glikozydy (a zatem na digitalinę i digitoksynę) rozszczepiające działanie, a powstałe stąd produkta rozpadu działają trująco. Chemik Dr Winckel niszczy zapomocą specyalnej metody enzymy, wytwarzając tem samem przetwór stały, który przechowywany nawet przez czas dłuższy nie zmienia swego działania. Przetwór ten stosował Ehlers w wielu przypadkach chorób sercowych i stwierdził, że odpowiada on wszelkim wymaganiom, stawianym świeżej dobrej naparstnicy, przewyższa ją zaś tem, że przechowywany, zachowuje jednakie zawsze działanie, a co najważniejsza, na przewód pokarmowy nie wpływa szkodliwie. Sokołowski.

Kauert. **Hormonal przy przewlekłem zaparciu stolca i przy porażnej niedrożności jelit.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 17). Hormonal jest to połączenie chemiczne (odkryte przez Zuelzera), znajdujące się we wszystkich prawie narządach, przedewszystkiem jednak w śledzionie, a mające własność wywoływania ruchów robaczkowych jelit. Wyniki stosowania hormonalu, otrzymane przez K., są wcale dobre. Wprawdzie na 9 przypadków przewlekłego zaparcia stolca otrzymał K. tylko w dwóch wynik trwały, za to jednak wyniki w porażnej niedrożności jelit, wywołanej ogólnem zapaleniem otrzewnej, były nadspodziewanie zadowalniające, działanie było pewne i utrzymywało się stale. Mały stosunkowo odsetek dobrych wyników przy przewlekłem zaparciu tłómaczy K. tem, że hormonal wywiera swe działanie prawdopodobnie tylko w tych przypadkach zaparcia, które polegają na niedowładzie (atonii lub hypotonii) przewodu pokarmowego. Hormonal stosował K. przeważnie w formie wstrzykiwań śródmięśniowych w ilości 15 cm³. Prócz nieznacznego podniesienia ciepłoty nie zauważył przy stosowaniu hormonalu żadnych innych ubocznych objawów.

Sokołowski.

Hofmann. **O zapobieganiu i postępowaniu przy ukłuciach przez komary.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 20). Plaga komarów w niektórych okolicach i latach jest straszną, a wiele chorób, jak się zdaje, przenoszą właśnie komary. Zapobiegawczo polecano przeciwko ukłuciom komarów różne środki (kamfora, mięta, karbol, waselina, olejek lewandy, cytryna, ocet i t. p.), ale środki te działają niepewnie i krótko. Natomiast znacznie lepiej działa maść: »Rp. Ol. caryophyll. 5,0—10, lanolin. 30·0, ung. glycerin ad 100·0«. Jedyną wadą tej maści jest chyba to, że u osób drażliwych wywołuje ona ból głowy. Jeszcze lepszą, a tańszą, jest polecona przez Lewyego »tinctura pyrethri rosei«, t. j. wyciąg z proszku perskiego. Chroni on od ukąszeń 4—5 godzin. Po ukąszeniu dobrze działa tymol lub mentol, najlepiej z kolodium: »Rp. Menthol 0·2, therebint. laric. ol. ricini aa 1·0, collod. dupl. 18·0.« W Argentynie wypróbowano i polecono naftalan, zwłaszcza, że jest on tani i działa szybko.

K.

Roger i Garnier. **Badania jadów przewodu pokarmowego.** (Rév. de méd. 1910 Nr 4). Autorowie wykonali cały szereg doświadczeń na zwierzętach w celu określenia stopnia toksyczności treści rozmaitych odcinków przewodu pokarmowego. Z badań tych wynika, że treść żołądka jest bardzo mało toksyczna, prawdopodobnie skutkiem tego, że sok żołądkowy obniża toksyczność pokarmów. Dopiero w jelitach cienkich miazga pokarmowa (chymus) osiąga najwyższego stopnia toksyczność. Okazuje ona jednocześnie własności ścinające, co jeszcze bardziej podnosi jej własności trujące. Już po wstrzyknięciu 1·31 gr. wyciągu miazgi na 1 kilogram wagi, ginie zwierzę w silnych drgawkach. Sekcya wykazuje obecność skrzepów w układzie żyły wrotnej, częściej w żyle głównej i prawej komorze serca. Jeżeli zobojętnić własności ścinające wyciągu przez wstrzyknięcie poprzednie wyciągu z pijawek, to dawka śmiertelna podnosi się już do 5·78 gr., przyczem śmierć następuje przy objawach wzrastającego osłabienia serca i bez drgawek, lub

co najwyżej wśród lekkich drgawek. Dyeta mleczna znacznie obniża własności ścinające i trujące miazgi pokarmowej. W jelitach grubych miazga ulega gniciu i toksyczność jej jest to większą, to mniejszą, niż w górnych odcinkach jelita. Dalsze badania pokazały, że jad ten jelitowy nie rozpuszcza się w alkoholu i że wyższa ciepłota niszczy go. Na jego powstanie nie wpływa działalność beztlenowców, znajdujących w prawidłowych warunkach w jelitach, przynajmniej toksyna »b. perfringens« posiada zupełnie inne własności. Według wszelkiego prawdopodobieństwa jest jad jelitowy wytworem prawidłowych zmian pokarmu w czasie przejścia jego przez przewód pokarmowy. L. Mańkowski.

Hürter. **Leczenie dyetetyczne i fizyczne w chorobach nerkowych.** (Beit. z. med. Klin. 1911 Nr 3). Przy chorobach nerkowych postępują lekarze przeważnie szablonowo, polecając dyetę mleczną, a co do stanu nerek kierują się jedynie ilością białka w moczu. Nie jest to słuszne, bo po pierwsze czasem nawet mleka nerki nie znoszą, a powtóre istnieją ciężkie choroby nerek bez białkomoczu i naodwrót wielka ilość białka może być chwilową. Prócz białka są jeszcze i inne oznaki dobrej lub złej czynności nerek, a mianowicie: wydzielanie chlorków, wody i substancyi azotowych. Strauss i Widal zwracali uwagę, że chorzy na nerki nieraz wydzielają mało chlorków, a przez to sól w pokarmach podawana pozostaje w ustroju i nieraz przyczynia się do zwiększenia się obrzęków. Należy też u chorych nerkowych ograniczać ilość soli, zwłaszcza, gdy zapomocą próbnej dyety wykażemy małą tolerancyę nerek dla soli. Następnie omawia H. poszczególne grupy pokarmów i napojów, prostuje pewne utarte przesądy co do pewnych pokarmów, np. białego i czarnego mięsa, jarzyn i t. p. Jaja spożywać należy nie surowe, a co do mleka, to jeżeli je chory znosi, podajemy je w ilości $1-1^1/_2$ litra. i to z dodatkiem śmietanki i wody wapiennej celem związania drażniącego nerki kwasu fosforowego. Więcej mleka nie należy podawać ze względu na dużą ilość soli i białka w niem zawartych. Co do leczenia fizycznego, to głównie zachwala H. spokojne leżenie, dalej procedury napotne i kąpiele ciepłe (34—35° C) 2—3 razy na tydzień, a przy mocznicy nawet i gorętsze, przy zimnych polewaniach. Zabiegi napotne zakazane są w zapaleniach ostrych i podostrych miąższowych, jakoteż przy nawrotach zapaleń przewlekłych. K.

Pedyatrya.

Doc. Władimirow. **Odra szpitalna i kazuistyka śmierci z odry.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 3). Autor przytacza statystykę szpitala św. Włodzimierza w Moskwie z 15 lat, z której widać znaczną śmiertelność dzieci z odry szpitalnej, prawie równającą się śmiertelności z błonicy i płonicy. Autor przytacza swój przypadek nagłej śmierci u dziecka, dochodząc na podstawie badań mikroskopowych do wniosku, że w tym przypadku i w podobnych do niego przyczyną nagłej śmierci jest porażenie n. błędnego. Tomasz Cichocki.

Cassel. **W sprawie gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci.** (Berl. klin. Wochs. 1911, Nr 19). Wyniki następowe operacyjnego leczenia gruźliczego zajęcia otrzewnej u dzieci nie są zbyt świetne, a zależą w znacznej mierze od położenia socyalnego operowanych. Wskazanie do operacyi dają podług autora te tylko przypadki, gdzie pod wpływem leczenia wewnętrznego stan się nie polepsza, lecz pogarsza, a więc wysięk się zwiększa, istnieje gorączka, wychudzenie i t. p. K.

Gouget. **Płonica w szpitalu Claude-Bernarda w r. 1908.** (Révue de méd. 1910, Nr 1, 2, 4). Rozpatrując przebieg epidemii w szpitalu Claude-Bernarda i porównując go z przebiegiem w innych szpitalach i krajach, dochodzi G. do przekonania, że epidemia może osiągnąć swój szczyt o każdej porze roku. Z liczby 858 spostrzeganych przez G. chorych dzieci było 437 chłopców i 421 dziewcząt. Odsetka śmiertelności wynosiła 3,49%. Największa śmiertelność przypadała na 4. rok życia ($^1/_3$ część wszystkich przypadków). Wpływu płci na śmiertelność G. nie mógł zauważyć. Jako przyczynę śmierci podaje G. w $^3/_5$ przypadków ciężkość samej choroby i powikłanie zapaleniem gardła wrzodziejącem. Zapalenie w 28 przypadkach przybrało charakter wrzodziejący (ulcereux), w 20 nadżerkowy (erozywny). Wszystkich wogóle przypadków z zapaleniem gardła było 110. Zapaleniom gardła prawie zawsze towarzyszy wielka ilość śluzu, który zakrywa gardło i przeszkadza badaniu. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne wszystkich przypadków wrzodziejącego zapalenia gardła wykazało ziarenkowce i paciorkowce. Co się tyczy leczenia tego powikłania, to wszelkie przepłukiwania, jakoteż pędzlowania rozmaitymi środkami farmaceutycznymi nie wywierały wyraźnego wpływu na przebieg sprawy. W końcu ograniczał się G. tylko do usuwania mechanicznego śluzu zapomocą przepłukiwania przegotowaną wodą.

W 3 przypadkach spostrzegał G. niedowład podniebienia miękkiego. W jednym z tych przypadków było powikłanie błonicą; w 2 zaś było wrzodziejące zapalenie gardła pochodzenia czysto płoniczego. W jednym przypadku znalazł G. na sekcyi owrzodzenia w przełyku i w żołądku. Dwa razy spostrzegał krwotoki jelitowe. W 29 przypadkach było zajęcie stawów, w 27 — powikłania ze strony oskrzeli i płuc, w 3 — zapalenie opłucnej, w tej liczbie 1 ropne. Klinicznie zajęcie wsierdzia stwierdził G. tylko raz. Przy sekcyach w 22 przypadkach ani razu nie stwierdzono zajęcia wsierdzia lub osierdzia. G. podnosi wielką rzadkość powikłań błonicą, (zaledwie 5 przypadków, z tych 3 stwierdzone bakteryologicznie).

W 138 przypadkach stwierdzono białkomocz wczesny, w tej liczbie w 125 przypadkach tylko 1 raz (46 chłopców i 79 dziewcząt). G. nie mógł zauważyć związku tego objawu z ciężkością przypadku lub z powikłaniem błoniastem zapaleniem gardła (angina membranacea). G. sądzi, że bezwątpienia częstość białkomoczu była większa, gdyż niepodobna było co dnia badać mocz u wszystkich dzieci. Białkomocz wtórny zauważono 104 razy (34 chłopców i 70 dziewcząt) i 28 razy właściwe zapalenie nerek (tutaj przeciwnie liczba chłopców (18) była większa od liczby dziewczynek (10). Zapaleniem nazywa G. takie zajęcie nerek, kiedy białko wydziela się w ilości nie mniejszej od 1 grm na 1 litr moczu i kiedy są inne objawy zajęcia nerek. Wszystkie dzieci pozostawały na dyecie bezsolnej mleczno-węglowodanowej w ciągu pierwszych 3 tygodni pobytu w szpitalu, to znaczy mniej więcej do 25—26. dnia choroby. Dyetę tę stosował G. u 607 chorych i miał 79 przypadków białkomoczu, a w tej liczbie 12 zapaleń nerek. W początkach epidemii dyety nie stosowano tak długo, po spadku gorączki i powrocie do apetytu podawano chorym mięso i jarzyny, z początku mało, potem zwyczajnie osolone. W takich warunkach pozostawało 245 chorych; z tej liczby było 50 przypadków białkomoczu, a wśród nich 17 zapaleń nerek z 2 zejściami śmiertelnemi z powodu mocznicy. Zajęcie ucha średniego było w 5,13% wszystkich przypadków; występowało ono w ciągu pierwszych 3 tygodni choroby. G. spostrzegał 6 przypadków nawrotu płonicy, z których 1 zupełnie typowy z podniesieniem ciepłoty do 40,2°, wymiotami, wysypką, zapaleniem gardła, obrzmieniem gruczołów.

Co się tyczy leczenia, to było ono przeważnie objawowo-dyetetyczne. Surowicy G. nie stosował. Nukleinian sodu, zastosowany w kilku ciężkich przypadkach, nie wywarł wpływu na przebieg choroby. Tak samo mleczan wapnia (calcium lacticum) nie wywarł żadnego wpływu na moczenie krwawe i białkomocz.

W końcu oświadcza się G. przeciw szablonowemu oddzielaniu chorych w ciągu 6 tygodni, gdyż, według najnowszych badań, łuszczący się naskórek nie przenosi zarazka. Zarazek mieści się w wydzielinie nosowo-gardłowej, w ropie usznej, w moczu. W sprawie oddzielania chorych

stałej reguły podać niepodobna, trzeba indywidualizować. Ale w większości przypadków dostateczne okazuje się odosobnienie w ciągu miesiąca. Dr L. Mańkowski.

Neurologia i psychiatrya.

Mołczanow. **Leczenie przymiotu mózgu zapomocą arsenobenzolu Ehrlich-Haty („606").** (Żurnał im. Korsakowa, 1910, zeszyt 5—6). Autor omawia szczegółowo 4 przypadki przymiotu mózgu, leczone zapomocą wstrzykiwań arsenobenzolu w postaci zawiesiny według Blaschko. Pierwszy przypadek dotyczy chorego, który przed 10 laty przechodził przymiot; u tego chorego wystąpiło zupełne wiotkie porażenie kończyny górnej i dolnej lewej, niedowład lewego n. VII. i XII. nieznacznego stopnia, objaw Argyll-Robertsona. Odczyn Wassermanna był wybitnie dodatni. Gdy podawanie przetworów jodowych i wstrzykiwania rtęciowe nie odniosły prawie żadnego skutku, wstrzyknięto choremu 0,4 arsenobenzolu. Już w 2 doby po wstrzyknięciu chory odzyskał ruchy w palcu I. i II lewej ręki, a w następnych dniach zaczął chory poruszać ręką lewą w stawach łokciowym, nadgarstkowym i stawach palców, a także i w stawach nogi lewej. Po 2 tygodniach zaczął chory już chodzić o własnych siłach, z pomocą laski. Wystąpiło także, co prawda słabe, oddziaływanie źrenic na światło. Odczyn Wassermanna, wykonany w 5. tygodniu po wstrzyknięciu, wskazywał 20% nierozpuszczonych ciałek czerwonych. W 2 następnych przypadkach objawy przymiotu mózgu wystąpiły w rok po zakażeniu w postaci porażeń, stanów kurczowych, niemoty. Leczenie jodowe i rtęciowe skutkowały bardzo mało. Po wstrzyknięciach arsenobenzolu 0,4—0,5 już na 2. dzień wystąpiła poprawa wyraźna, a po kilku tygodniach stan chorych znakomicie się poprawił. W jednym z tych przypadków w miesiąc po wstrzyknięciu przetworu Ehrlich-Haty nastąpiło nawet zupełne wyzdrowienie. W czwartym przypadku u osoby l. 32, na tle dziedzicznego przymiotu (odczyn Wassermanna) wystąpiła z powodu zapalenia nerwów wzrokowych obustronna ślepota, porażenie kończyn górnych, zaburzenia mowy i połykania. Leczenie rtęciowe dało lekką poprawę wzroku = $^2/_{10}$ norm. i nieznaczne polepszenie co do kończyn; leczenie mogło być stosowane przez czas dłuższy z powodu obostrzenia się starej gruźlicy płuc. W 8 miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów przymiotu mózgu, ślepoty, wstrzyknięto chorej 0,45 arsenobenzolu. Już w tydzień potem nastąpiło polepszenie ze strony kończyn, a w 2 miesiące po wstrzyknięciu chora mogła już trochę chodzić. Stale postępowało także polepszenie wzroku, a w 2 miesiące po wstrzyknięciu arsenobenzolu bystrość wzroku wynosiła $^6/_{10}$ prawidłowej. Na podstawie własnego doświadczenia i piśmiennictwa uważa autor za wskazane stosowanie arsenobenzolu w następujących przypadkach kiły mózgu: 1. Gdy leczenie jodowo-rtęciowe nie wywołuje prędkiego i wyraźnego polepszenia; 2. gdy leczenie jodowo-rtęciowe nie jest znoszone z powodu idyosynkrazyi, albo gdy istnieją przeciwwskazania w postaci gruźlicy, charłactwa, znacznego ogólnego wycieńczenia; 3. gdy sprawa w mózgu postępuje nadzwyczaj szybko i jest obawa wystąpienia zwyrodnień wtórnych z następowymi stanami kurczowymi. Grzywo-Dąbrowski.

Marinesco. **Leczenie radem w porażeniu postępującem** (paralysis progressiva). (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 18). Autor stosował naświetlania czaszki radem w początkach rozwijającego się porażenia postępującego. Na 10 przypadków, leczonych w ten sposób, w 8 wystąpiło znaczne polepszenie: znikły w znacznym stopniu, a w niektórych przypadkach zupełnie, zaburzenia mowy, pisma, nierówność źrenic, drżenie, a niekiedy występowała nawet poprawa władz umysłowych. Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że w początkowych okresach porażenia postępującego leczenie radem może być bardzo skuteczne, o ile będzie stosowane w sposób odpowiedni i przez czas dłuższy. (Autor stosował od 15 do 108 naświetlań, każde naświetlenie trwało 10 minut). Grzywo-Dąbrowski.

M. Neuhaus. **Działanie salvarsanu przy kile ośrodkowego układu nerwowego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 18). Na podstawie kilkunastu przypadków schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, (lues cerebrospinalis, poliomyelitis subacuta [luetica?] tabes, paralysis progressiva), leczonych salvarsanem, dochodzi N. do następujących wniosków: Przy wszystkich tych cierpieniach działał salvarsan w niektórych przypadkach bardzo skutecznie. Szczególnie prędko, często po kilku dniach, ustępowały tak nieprzyjemne objawy, jak zaburzenia mowy, powstające na tle porażenia z powodu przymiotu; podobnież szybko ustępowały bole rozmaitego rodzaju. Osłabienia i porażenia kończyn, zaburzenia ze strony źrenic zmniejszały się, albo ustępowały po 3—4 tygodniach. Przy stosowaniu salvarsanu ani razu nie zauważył N. jakiegoś ubocznego szkodliwego działania tego środka, nawet w przypadkach już istniejącego schorzenia nerwów wzrokowych. Odczyn Wassermanna, o ile był dodatni przed stosowaniem salvarsanu, to zwykle utrzymywał się i po wstrzykiwaniach tego środka. Grzywo-Dąbrowski.

Dyleff. **O pewnych właściwościach siły mięśni w chorobie Parkinsona.** (Encephale 1909, Nr VII). Autorka podaje opis 9 przypadków tej choroby i rozważając ich przebieg, dochodzi do przekonania, że przykurczenia w wysokim stopniu zależą od postawy, którą chory przybiera w celu ustalenia swych drżących członków. Autorka podkreśla słabość ogólną mięśni przy ruchach czynnych i znaczną ich siłę przy ruchach biernych. Obserwując chorych w różnych okresach choroby, można zauważyć, że w początkach, jednocześnie z pojawieniem się bolów, chory uczuwa pewną sztywność i niezręczność w ruchach. Dalej sztywność staje się coraz bardziej widoczna, a ruchy bierne coraz bardziej utrudnione, i zjawia się dążność do przykurczeń. Gdy usuniemy opór, stawiany jakiemukolwiek ruchowi chorego, to ruch ten nie odbywa się w dalszym ciągu, jak to bywa w warunkach prawidłowych, i kończyna pozostaje w danem położeniu. Przebieg choroby jest bardzo powolny i całe lata ubiegają, nim osłabienie mięśni dojdzie do tego stopnia, że wszelkie ruchy czynne mięśni zajętych stają się niemożebne. Ale i wtedy siła statyczna skurczu mięśniowego pozostaje zachowana. Łatwo udaje się przeszkodzić choremu, aby zwinął rękę w kułak, ale trudno uwolnić swe palce z tej ręki zaciśniętej w kułak. Wszystko to skłania autorkę do wniosku, że w osnowie słabości czynnościowej mięśni w chorobie Parkinsona nie leży ani bezwład, ani niedowład. L. Mańkowski.

Dwudziestopięciolecie Towarzystwa lekarskiego łódzkiego.

Posiedzenie uroczyste Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 3 czerwca 1911.

1) Zagaił posiedzenie prezes Towarzystwa, kol. Krusche, zaznaczając ważność chwili, obchodzonej przez Towarzystwo lekarskie łódzkie, które w dniu tym święci 25-lecie swego istnienia, poczem w gorących, a serdecznych słowach powitał w imieniu Towarzystwa lekarskiego licznie zgromadzonych z całej Polski gości i zaprosił do stołu prezydyalnego delegatów Towarzystw lekarskich z Królestwa i z za kordonu.

2) Kol. Koliński mówił o dziejach **zawiązania się Towarzystwa lekarskiego w Łodzi** i pierwszym okresie jego działalności. (Rzecz drukowana w »Zdrowiu« Nr 6).

3) Kol. W. Pinkus: **Rzut oka na rozwój i działal-**

ność Towarzystwa lekarskiego w ciągu pierwszego 25-lecia jego istnienia. Przemówienie to brzmiało następująco (w streszczeniu):

W chwili ukonstytuowania się Towarzystwa warunki zewnętrzne nie były bardzo przyjazne dla jego rozwoju. Ludność, której liczono 150,000 prawie, przeważnie zaprzągnięta była do pracy we wzrastającym przemyśle włóknistym. Jedni u warsztatu, inni u źródeł złotodajnych.

Dążenie do zarobku i dorabianie się nie pozostawiało czasu na zajmowanie się sprawami kulturalnemi i społecznemi. To też Łódź wówczas nader uboga była w instytucye, a placówek, na których lekarz mógłby czynić systematyczne spostrzeżenia, dokonywać badań i śmielej stosować środki terapeutyczne lub rękoczyny, było tylko 3: dwa szpitale prywatne i jeden powiatowy łącznie na 118 łóżek, obługiwanych przez 7 lekarzy. Szpitale te licho były uposażone w środki pomocnicze; pracownia bakteryologiczna nie istniała, jedynie stacya badań chemicznych prywatna. Lekarzy praktykowało 32, z których wprawdzie 26 przygarnęło się do Towarzystwa, lecz w powątpiewaniu o trwałości istnienia młodej instytucyi.

Jeżeli jednakże Towarzystwo przetrwało ćwierćwiecze, nietylko istniało, ale rozwijało się i działało, jednem słowem żyło, przyczynił się do tego szybki rozwój miejscowego przemysłu: liczba ludności rosła, wraz z tem z konieczności — liczba łóżek dla chorych i wzmagał się napływ lekarzy.

Już u kresu 10-lecia Towarzystwa liczono: przeszło 300,000 ludności; 10 szpitali i lecznic z 362 łóżkami i 27 lekarzami, oraz jedną pracownię prywatną bakteryologiczną; lekarzy 105, w tej liczbie 38 (36 procent) członków Towarzystwa. Obecnie Łódź liczy prawie 500,000 ludności, 16 szpitali i lecznic, łącznie na 1100 łóżek, obsługiwanych przez 65 lekarzy. Zakłady zostały lepiej uposażone w środki pomocnicze, niektóre w pracownie bakteryologiczne i pracownie rentgenograficzne. Lekarzy praktykuje 170, w tem 97 (57 procent) członków Towarzystwa. Również pomyślny dla rozwoju naszej instytucyi czynnik stanowił rozwój w Łodzi specyalności lekarskich, do czego przyczyniło się w części nasze Towarzystwo.

Nader korzystną dla spraw naszej instytucyi była ta okoliczność, że wśród przybyłych i przybywających kolegów, niektórych sprowadziła do naszego miasta nietylko chęć zarobku, ale i dążność do urzeczywistnienia pewnych idei na arenie działalności Towarzystwa.

Po ukonstytuowaniu się liczyło Towarzystwo członków bez względu na ich kategoryę 38, w liczbie tej czynnych lekarzy 26; w 10 lat potem 48 (czynnych lekarzy 39); obecnie zaś 130 (czynnych 108). Ogółem w ciągu 25-letniego okresu czasu było członków 174, z których 22 zmarło, a 22 rozstało się z Towarzystwem. W miarę czasu wzmagała się liczba członków, żywiej udział biorących w pracach naszej instytucyi; a wielu z nich Towarzystwo zawdzięcza swój rozwój, że tu wspomnę ze zmarłych niedawno zgasłego Ludwika Przedborskiego, Józefa Saksa, Władysława Messinga, Markusa Goldsobla i Ludwika Fankanowskiego, z niezapomnianym Karolem Jonscherem na czele. Cześć ich pamięci!

Zaznaczyć tu jeszcze należy, że czynni na niwie działalności Towarzystwa członkowie brali także czynny udział w rozbudzonem życiu społecznem Łodzi, a niektóre doniosłe instytucye im zawdzięczają swoje narodziny.

Zarząd, tak ważny w życiu Towarzystwa czynnik, przez pierwsze 6 lat faktycznie nie był odnawiany; wyłom pod tym względem dokonany został na początku 9. roku istnienia naszej instytucyi i przyznać należy, że powołanie na stanowiska sekretarza i bibliotekarza świeżych funkcyonaryuszy wyszło na jej korzyść. Ożywiła się działalność w zarządzie, nawa Towarzystwa, kierowana celowo i więcej krzepką dłonią, poruszyła się z miejsca i żwawiej poszła naprzód, dyskusye wprowadzono na właściwe tory, z których odtąd nie schodziły; wzmogło się życie w Towarzystwie, które uzyskało regulamin i dzięki staraniom nowego sekretarza poczęło ujawniać działalność instytucyi w prasie lekarskiej, na której łamach nieprzerwanie odtąd ukazują się protokoły posiedzeń. Za wyraz rozwoju działalności Towarzystwa uznać należy podwojenie przed kilkoma laty liczby sekretarzy i bibliotekarzy, jak również utworzenie później stanowiska sekretarza stałego.

Na posiedzeniach zapanował większy ład, wzmagała się frekwencya członków i gości, a niedoszłe do skutku posiedzenia stały się rzadkiem zjawiskiem. Posiedzenia odbywały się regularnie dwa razy na miesiąc, mimo to zdarzała się niemożność wyczerpania obfitszego porządku dziennego. To dało powód do wyłonienia się 2 sekcyi: pedyatrycznej i neurologiczno-psychiatrycznej. Obie działają w łączności z Towarzystwem i w związku z wzorowymi szpitalami (Anny Maryi i Kochanówka — oba dzieła Karola Jonschera). Porządek dzienny posiedzeń tych sekcyi i sposób traktowania rzeczy każą w każdej z nich widzieć pomyślnie rozwijające się ognisko naukowe Towarzystwa.

Wreszcie zaznaczyć należy znaczne wzmożenie się zasobów biblioteki. Liczyła ona u kresu pierwszego 10-lecia instytucyi dzieł i roczników tomów 1100, broszur 132; obecnie liczy 3090 tomów i 532 broszur. Liczba pism prenumerowanych wzrosła z 20 do 30, między niemi znajdują się wszystkie polskie czasopisma lekarskie. Liczba członków korzystających z biblioteki wzrosła z 13—20 do 40.

Na zewnątrz działalność Towarzystwa ograniczała się na stosunkach do innych Towarzystw lekarskich i pokrewnych instytucyi, na udziale, za pośrednictwem delegatów, w uroczystościach na cześć instytucyi i osób zasłużonych.

Wewnętrzna działalność Towarzystwa polegała na wywiązaniu się z zadań, które jej przypadły w udziale i które ująć można w 3 grupy: spraw zawodowych i etyki, higieny i medycyny publicznej, medycyny teoretycznej i praktycznej.

W mieście, które szybko się rozwinęło i rozwija, które cechuje wielonarodowość z wielojęzycznością, wielka różnorodność interesów i nader skomplikowane łatwo ścierające się stosunki — przypadło Towarzystwu lekarskiemu w udziale trudne zadanie stać na straży interesów zawodowych. Przyznać należy, że instytucya nasza, wywiązując się z tego zadania, mniej była czujną, niż to nakazywał wzgląd na brak u nas urządzenia w rodzaju Izb lekarskich. Mimo to, dzięki właśnie wpływowi Towarzystwa, nie niżej, niż gdzieindziej, dzierżyliśmy sztandar godności lekarskiej.

W zakresie higieny i medycyny publicznej Towarzystwo w działalności swojej kierowało się potrzebami realnego życia miejscowego. Na działalność tę złożyła się przedewszystkiem setka przeszło referatów, rozpraw i narad. Wiele spraw powierzonych było do opracowania specyalnym komisyom. Wśród nich ważne miejsce zajmował komitet higieniczno-sanitarny, który istniał od r. 1897 przez lat pięć, t. j. do chwili powstania oddziału miejscowego Towarzystwa higienicznego warszawskiego. W komitecie tym zapoczątkowano utworzenie Pogotowia ratunkowego, tam był początek »Czasopisma lekarskiego«, które przez 10 lat samodzielnego istnienia pozostało wierne hasłom swym i programowi. Powstanie Ligi przeciwgruźliczej i innych instytucyi wzięło impuls z działalności Towarzystwa. Jeżeli więcej było dobrych chęci i usiłowań, niż skutków, winić o to należy nie nas, lecz trudności, dotychczas nieprzezwyciężone.

Na działalność Towarzystwa w zakresie medycyny teoretycznej i praktycznej złożyły się wykłady, przemówienia dłuższe, demonstracye chorych z omówieniami, pokazy preparatów i narzędzi dla ilustrowania metod rozpoznawczych i leczniczych. Jeżeli plon tej działalności ująć w cyfry, to okaże się, że wszystkich prac w sumie było 1690, z czego na wykłady przypada 26%, na demonstracye chorych 36%, reszta na przemówienia i pokazy preparatów i narzędzi. To wskazuje, że przeważał kierunek praktyczny, co odpowiadało potrzebom otoczenia. Co do wykładów,

pierwsze miejsce zajmowała dziedzina chorób wewnętrznych, drugie ginekologia z akuszeryą, ostatnie okulistyka. Uwzględniając ogół prac Towarzystwa w tym zakresie, okaże się na pierwszem miejscu chirurgia, na drugiem ginekologia z akuszeryą, na trzeciem choroby wewnętrzne, następnie po kolei neuropatologia, syfilidologia z dermatologią, pedyatrya, laryngologia z otyatryą, medycyna ogólna i wreszcie okulistyka. Wszystkie niemal prace były drukowane w pismach fachowych polskich krajowych i zakordonowych, zwiększając poważnie dorobek w dziedzinie rodzimego piśmiennictwa naukowego polskiego.

4. Sekretarz stały Towarzystwa, kol. K. Jasiński, odczytał listę mianowanych z okazyi 25-lecia Towarzystwa członków honorowych. (Nazwiska członków honorowych zostały wymienione w Nr 22 »Przeglądu i Czasopisma lekarsk.«, poświęconym uczestnikom I. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Łodzi).

5. Z kolei przemawiali delegaci Towarzystw: Kol. W. Janowski od Towarzystwa naukowego w Warszawie, Prof. Gluziński od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Prof. Ciechanowski od Towarz. lekarskiego krakowskiego, Związku lekarzy galicyjskich i od Redakcyi »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego«, Dr Łazarewicz od Wydziału lekarskiego Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu i Redakcyi »Nowin lek.«, kol. W. Gajkiewicz od Warszawskiego Tow. lekarskiego, kol. W. Szumlański od Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy, kol. A. Puławski od »Gazety lekarskiej«, kol. J. Zawadzki od Red. »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, kol. J. Brudziński od »Przeglądu pedyatrycznego«, J. Czajkowski od Towarz. lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego, kol. H. Fidler od Towarz. lekarskiego radomskiego, kol. Jarosiński od Towarz. lek. siedleckiego, kol. Dobrucki od Towarz. lek. lubelskiego, kol. Koszutski od Towarz. lek. kaliskiego, oraz kol. F. Arnstein (z Warszawy).

6. Kolega prezes przeczytał otrzymane drogą telegraficzną życzenia z okazyi 25-lecia od rozmaitych krajowych i zagranicznych instytucyi lekarskich polskich, związków, stowarzyszeń lekarskich, czasopism lekarskich polskich i od wielu lekarzy, między niemi od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, lwowskiego Towarz. ginekologicznego, Towarz. lekarzy polskich w Kijowie, Związku lekarzy rządowych w Galicyi, Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu, Towarz. lekarskiego siedleckiego, od Sekcyi stryjskiej i Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, od Towarz. lekarsk. częstochowskiego, od lekarzy z Kutna, od Związku lekarzy galicyjskich, od łódzkiego Towarzystwa odontologicznego, od Redakcyi: Tygodnika lekarskiego lwowskiego i Postępu okulistycznego, od Prof. J. Baranowskiego z Warszawy, od profesorów Browicza i Kostaneckiego z Krakowa, Kadyiego, Marsa, L. Rydygiera i A. Jurasza ze Lwowa, i w. i.

7. W końcu posiedzenia kol. Rozenblatówna miała wykład p. t. **Anafilaksya w rozpoznawaniu gruźlicy dziecięcej.** (Rzecz, ogłoszona w Nr 22 »Przeglądu lek.«). Resztę odczytów (kolegów: Lewinsona i Tereszkowicza, oraz Sonnenberga) z powodu późnej godziny odłożono.

E. Sonnenberg.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Miasto, osławione jako stolica kultu złotego cielca, dyszące gorączkową pogonią za pieniądzem, miasto, zaludnione półmilionową armią robotniczą, podległą niewielkiej garstce bogaczy bez żadnej niemal warstwy pośredniej, zdaje się być najmniej stosowną glebą dla jakiejkolwiek pracy intelektualnej, coś innego, niż bogacenie się, mającej na celu. Rozrastając się z potworną wprost szybkością, pożerając okoliczne łany wioskowe i żywiczne lasy, zamiast których powstaje monotonna szachownica prostokątnie skrzyżowanych ulic, zatruwając swymi wyziewami i dymami szeroki pas powietrza naokoło, zdaje się to miasto nie mieć czasu na nic, coby zapewniało tłumom jego mieszkańców zdrowie fizyczne i wytchnienie umysłowe, zdaje się hukiem swych fabryk i handlarskim gwarem swych ulic chcieć zagłuszyć wszystko, co nie jest prostem użyciem, co ludzkość uduchowia i naprawdę podnosi.

Taką jest Łódź w opinii naszego społeczeństwa, które od niej stroni, pozostawiając w niej tych tylko, których wiąże interes lub przykuwa konieczność; taką jest ona i w opinii przeważnej części swej stosunkowo nielicznej inteligencyi: miastem, gdzie zarówno fizycznie, jak umysłowo i moralnie brak tchu każdemu, co ma w duszy jakiś ideał człowieczeństwa.

Toteż nic dziwnego, że i wśród lekarskich kół samejże Łodzi zdarzało się powątpiewanie, czy Zjazd lekarski, zwołany do tego — jak ktoś się wyraził z mówców zjazdowych — olbrzymiego Obrzydłówka, może się powieść. Rzeczywistość zadała kłam tym pesymistycznym proroctwom i dowiodła, że w tej zniesławionej Łodzi istnieje przynajmniej jeden światek odmienny, który się jej nie dał zgnieść i pochłonąć i raczej nabrał jeszcze tem większej energii, z im większemi przeszkodami walczyć musiał. Organizatorowie Zjazdu nietylko złożyli dowody doskonałego talentu organizatorskiego, ale umieli zarazem podnieść Zjazd na wysoki poziom i przedstawić przytem uczestnikom Zjazdu dowody, że lekarze łódzcy — może jedyni w Łodzi — są dzielnymi pionierami prawdziwej kultury. Te dowody, to instytucye humanitarne, które w przeważnej części lekarzom łódzkim zawdzięczają swe powstanie, a wyłącznie tylko im swój obecny poziom; to historya Towarzystwa lekarskiego łódzkiego; to obmyślenie i wykonanie programu Zjazdu, w którym prześwieca myśl bezinteresowna i szlachetna, dobro całego kraju mająca na oku.

Ten charakterystyczny rys programu zjazdowego był z pewnością powodem, dlaczego Zjazd zgromadził przewyższającą najśmielsze oczekiwania liczbę uczestników, znacznie przekraczającą 300, dlaczego zwabił najlepszą część lekarzy prowincyonalnych i przyciągnął licznych gości z Warszawy, a wśród nich przodowników naszego ruchu naukowo-lekarskiego i społeczno-higienicznego.

W przeddzień Zjazdu odbyło się jubileuszowe uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego łódzkiego, z którego powyżej znajduje się dokładne sprawozdanie. W posiedzeniu, odbywającem się w wielkiej sali Towarzystwa lekarskiego, mającego swą siedzibę w gmachu Towarzystwa technicznego, uczestniczyło z górą 200 lekarzy. Po posiedzeniu podejmowało Towarzystwo lekarskie przybyłych kolegów wieczerzą, na której panował serdeczny nastrój, a w licznych przemówieniach, poważniejszą przeniknięte myślą, dopowiadano to, na co w oficyalnych mowach na posiedzeniu jubileuszowem nie było miejsca. Dlatego godzi się tu o tych przemówieniach wspomnieć, a przedewszystkiem o gorąco przyjętych mowach Prof. Gluzińskiego, Dr Łazarewicza, oraz o serdecznej przemowie sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Dr Sokołowskiego, na cześć twórcy Zjazdu, Dr Seweryna Sterlinga. Nie dziw, że tę przemowę powitano z rzeczywistym entuzyazmem, bo była ona sprawiedliwą oceną zasług kolegi, który przez tyle lat i na tylu polach z zaparciem się i poświęceniem daje inicyatywę i pracę bez innej nagrody, jak tylko poczucie spełnionego obowiązku, a który był duszą nietylko Zjazdu, ale i większej części prac Towarzystwa lekarskiego łódzkiego i wielu szerszych działań w latach ostatnich. Wśród dalszych przemówień przyjęto bardzo życzliwie zaproszenie Komitetu gospodarczego XI Zjazdu lekarzy i przyrodników do udziału w tym Zjeździe.

Właściwy Zjazd rozpoczął się nazajutrz w niedzielę o godzinie 11. rano pierwszem posiedzeniem ogólnem, zagajonem przez prezesa komitetu organizacyjnego, Dr Sterlinga, który, streściwszy tok prac przygotowawczych, scharakteryzował cele i zadania Zjazdu. Następnie uchwalono sprawę II. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych przekazać do rozpatrzenia komisyi, złożonej z członków komitetu organizacyjnego i komitetów prowincyonalnych. Trzecim punktem były wybory prezydyum Zjazdu, przyczem przyjęto przez aklamacyę następujące propozycye:

Prezes honorowy Dr W. Biegański (Częstochowa).

Prezes sekcyi ogólnej: H. Fidler (Radom), wiceprezesi: J. Brzeziński (Zawiercie), J. Pełczyński (Radom), sekretarz: Dr Sterling (Łódź).

Sekcya I. (Medycyna wewnętrzna). Prezes: J. Czajkowski (Sosnowiec), wiceprezesi: B. Koszutski (Kalisz), K. Lidmanowski

(Zagórów), W. Puławski (Radziejów), sekretarze: St. Kopciński (Kochanówka-Łódź), Fr. Lange (Łódź), H. Rozenblatówna (Łódź), Z. Prechner (Łódź), St. Lewinsohn.

Sekcya II. (Medycyna chirurgiczna). Przewodniczący: St. Dobrucki (Lublin), wiceprezesi: Cz. Czerwiński (Lublin), Ch. Raszkes (Radom), E. Wiszniewski (Siedlce), sekretarze: Z. Garlicka (Łódź), H. Goldberg (Łódź), M. Kantor (Łódź), M. Tomaszewska (Łódź).

Sekcya III. (Medycyna społeczna). Prezes: A. Maciesza (Płock), wiceprezesi: A. Jarosiński (Sterdyń), J. Puterman (Sosnowiec), sekretarze: B. Łuczycki, A. Maślanka, S. Skalski.

Posiedzenie ogólne zakończył Dr Władysław Biegański wykładem: »O pracy naukowej lekarza prowincyonalnego« (zamieszczonym w Nr 22. »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego«).

Popołudniu tegoż dnia rozpoczęły się obrady w 3 sekcyach Zjazdu, które trwały przez cały dzień następny. Z obrad tych poda »Przegląd« w najbliższych zeszytach treściwe sprawozdanie. Tu tylko słów parę o ogólnem wrażeniu, jakie obrady te sprawiały. Na mało którym Zjeździe można widzieć równie żywe zainteresowanie się przedmiotem, równie baczną uwagę i wytrwały udział w posiedzeniach. Sale obu sekcyi naukowych były stale przepełnione słuchaczami, z wielkiem skupieniem śledzących tok wykładów i ożywione dyskusye, a w sekcyi medycyny publicznej charakterystyczny był liczniejszy udział w czasie obrad z zakresu higieny społecznej, niż w czasie obrad, dotyczących zawodowych interesów lekarzy. A nawet przy rozpatrywaniu spraw zawodowych brzmiała w rozprawach wybitnie nuta wysokiego poziomu etycznego, nuta obowiązków społecznych, ciążących na lekarzach i szczerego odczucia dostojeństwa stanu lekarskiego.

W godzinach porannych zwiedzały liczne grupy uczestników Zjazdu szpitale łódzkie, jakoto szpital dla dzieci im. Anny-Maryi, zakład dla obłąkanych w Kochanówce, szpital fundacyjny im. Poznańskich, szpital powiatowy św. Aleksandra, szpital dla zakaźnych chorych, szpital gminy ewangelickiej, szpitale fabryczne Heinzla i Kunitzera, Poznańskiego, lecznice prywatne, oraz »Przychodnię ligi przeciwgruźliczej« i Pogotowie ratunkowe. Z zakładów tych na pierwszem miejscu postawić należy szpital Anny-Maryi, którego liczne, doskonale urządzone i planowane pawilony położone są wśród sporego parku w zewnętrznej, powietrzniejszej części miasta, a którego mogłaby Łodzi pozazdrościć niejedna stolica. Również nadzwyczaj korzystne wrażenie sprawia zakład w Kochanówce, przed paru laty przy założeniu projektowany na 60, dziś mieszczący 260 chorych w kolejno dobudowywanych pawilonach, jedyny dotąd w Polsce zakład, gdzie z powodzeniem obok zakładu rozwijać poczęto »patronage familial«. W obu tych zakładach niezmiernie sympatyczne wrażenie wywiera zapał do pracy naukowej i do postępu zakładu, jednoczący cały personal lekarski w jedno wspólnym celem związane, prawdziwie koleżeńskie grono. Niewielki szpital ewangelicki przy Domu Dyakonis niemieckich odznacza się przysłowiową schludnością i porządkiem, a wspaniały, starszym systemem budowany, lecz wzorowo utrzymany fundacyjny szpital im. Poznańskich może się pochlubić swym najdawniejszym bodaj w Polsce oddziałem dla gruźliczych, stosującym warunki szpitalne do nowoczesnych zasad leczenia tej choroby. Szpitalik dla zakaźnych i »Przychodnia« przeciwgruźlicza są dowodem, co energia i celowa praca zdziałać potrafią małymi środkami, a Pogotowie ratunkowe świadczy o zapobiegliwości swych założycieli i kierowników, umiejących w krótkim czasie zdobyć dla tej instytucyi trwałe podstawy materyalne i własną wygodną siedzibę. Te wszystkie instytucye, ich obecny stan i sposób działania, są chlubnem świadectwem talentu organizacyjnego i gorliwej pracy lekarzy łódzkich.

Dla poinformowania uczestników Zjazdu o stanie krajowego przemysłu w zakresie potrzeb lekarskich postarali się organizatorowie o urządzenie małej wystawy narzędzi lekarskich i przetworów farmaceutycznych, wyrabianych w kraju, w której wzięły udział firmy: Drzewiecki i Jeziorański z Warszawy (urządzenia higieniczne), Jarnuszkiewicz i Sp., S. Ehrlich i Luxenburg z Warszawy i Ritter z Łodzi (narzędzia i przyrządy), M. Malinowski z Warszawy (znakomite mydła przetłuszczone), Towarzystwo »Motor« z Warszawy, Pabjanickie Tow. przemysłu chemicznego, Fr. Karpiński, K. Strzelecki z Warszawy, A. Charemza z Łodzi (przetwory lecznicze i opatrunki) i t. d.

Myśl urządzenia takiej wystawy była szczęśliwą, a wykonanie odpowiedziało zamiarom.

Bardzo korzystnem dla Zjazdu było wydanie programu, zawierającego krótkie streszczenia lub przynajmniej punkta wytyczne wszystkich ważniejszych wykładów, jak również ogłoszenie niektórych wykładów w czasopismach lekarskich polskich, które wystąpiły z osobnymi zeszytami, poświęconymi Zjazdowi. Oprócz »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego« wydały okazałe zeszyty »Gazeta lekarska«, »Medycyna i Kronika lekarska« oraz »Przegląd pedyatryczny«, a z wydawnictw tych zwłaszcza oba ostatnie odznaczały się poważną objętością. (Prócz tego otrzymali uczestnicy Zjazdu wydanie wzoru dyet szpitalnych, stosowanego w szpitalu im. Poznańskich, godnego uwagi wobec niepomyślnych warunków leczenia dyetetycznego w wielu naszych szpitalach, zwłaszcza glicyjskich). Wydanie streszczeń i części wykładów przed Zjazdem wpłynęło wyraźnie na pogłębienie dyskusyi na posiedzeniach.

Na drugiem posiedzeniu ogólnem, kończącem Zjazd, było obecnych (w przeciwieństwie do tego, jak zwykle bywa), jeszcze przeszło $^{3}/_{4}$ członków Zjazdu. Posiedzenie to zagaił prezes komitetu, Dr S. Sterling, mową o następującej treści:

W przemówieniu otwierającem Zjazd, mówca z przyjemnością stwierdził, że sceptycy nie mieli słuszności, bo stawiło się tylu kolegów. Dziś ma prawo z dumą powiedzieć, że nie ilościowo, lecz jakością swego przebiegu Zjazd zaprzeczył wszystkim sceptykom. W przebiegu Zjazdu uderzała pracowitość uczestników, chęć nie pokazania się na Zjeździe, lecz uczenia się; powtóre ten niezwykły szacunek wzajemny, cześć dla pracy i wiedzy współtowarzyszów szarego żywota lekarza prowincyonalnego; po trzecie — brak tematów z dziedziny terapii farmakologicznej, brak niedających materyału do dyskusyi »doniesień tymczasowych« o jakichś niezwykłych skutkach metody lub środka nowego (zwykle efemerycznego) — a te właśnie tematy są plagą wielu kongresów nawet pierwszorzędnych (chęć chwilowego zabłyśnięcia). Przebieg Zjazdu, treść odczytów i dyskusyi dały świadectwo, że nasi lekarze prowincyonalni idą ręka w rękę z postępem wiedzy; że u nas niema przepaści i różnic, dzielących poziom naukowy lekarzy wielkomiejskich od lekarzy prowincyonalnych. To zamiłowanie do wiedzy u lekarza prowincyonalnego jest tem piękniejsze, że otoczenie jego wcale nie pobudza do tego (jak to czyni inteligentne otoczenie miasta wielkiego), ani też nie pobudza go do tego konieczność konkurowania z innymi kolegami (bo tych w pobliżu zazwyczaj niema). Społeczeństwo narzeka na swych lekarzy. Niesłusznie! Niech porówna stan lekarski, jego dążenia fachowe i społeczne z dążeniami przedstawicieli innych fachów wyzwolonych. Możemy być dumni z poziomu wiedzy, panującego na prowincyi Królestwa Polskiego.

Oprócz szeregu rezolucyi uchwalono na ostatniem ogólnem posiedzeniu, że Zjazdy lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego mają się odbywać co 3 lata. Stały regulamin Zjazdów zostanie opracowany. Następny Zjazd odbyć się ma w Lublinie na Zielone Swięta roku 1914.

Streszczając ogólne wrażenie, powiedzieć można, że Zjazd powiódł się pod każdym względem, przewyższając oczekiwania nawet swych organizatorów i położył trwałe podwaliny pod dalsze Zjazdy lekarzy prowicyonalnych. Koledzy łódzcy zdobyli sobie rzeczywistą zasługę, którą trzeba cenić tem wyżej, że warunki organizacyi Zjazdu nie należały do łatwych. Pomimo znacznego nakładu pracy i czasu, połączonego ze Zjazdem, byli przytem gospodarze Zjazdu z nieznużoną uprzejmością i koleżeńską serdecznością zawsze na usługi swych licznych gości. C.

---

40. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego.

(Berlin, 19—22. kwietnia 1911).

Podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Schumacher (Zürich): **Podwiązywanie gałęzi tętnicy płucnej celem osiągnięcia kurczenia się płuc.** Bruns i Sauerbruch wykazali, że podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej nie pociąga za sobą cięższych skutków, a następstwem tego jest silne bujanie tkanki łącznej i kurczenie się tkanki płucnej. Dostęp do tętnic płucnych nie jest trudny, mianowicie od przodu do gałęzi płatów górnych dociera się z 2. międzyżebrza, a do innych z 5. Zabieg ten mógłby znaleść zastosowanie przy gruźlicy płuc tam, gdzie

stosuje się obecnie zewnątrzopłucną plastykę żeber, jest bowiem zabiegiem od niej bezwarunkowo mniejszym. Ewentualnie plastykę wykonaćby można później już bez obawy aspiracyi i przesunięcia śródpiersia (Mediastinalflattern).

W dyskusyi wspominają o wycinaniu płatów płuc: Müller (z powodu zmian serowatych — zgon), Kümmell (zapalenie — zgon w 3 tygodnie), Körte (usunął płat średni i dolny z powodu rozszerzenia oskrzeli — ze skutkiem dobrym). — Friedrich wykonał przy gruźlicy plastykę klatki piersiowej 28 razy (9 zgonów), z wyników jest wogóle zadowolony; obecnie dokonuje mniej rozległych wycięć. — Wullstein proponuje **celem osiągnięcia kurczenia się płuc podwiązywanie** odpowiedniego **oskrzela**.

Tiegel (Dortmund): **O operacyjnej zastoinie w płucach i wpływie jej na gruźlicę.** Jak wiadomo, zastoina w płucach przy wadach serca działa korzystnie na gruźlicę. Podobny stan starał się T. osiągnąć, zwężając u królików i psów drutem srebrnym żyły płucne. Niestety wyniki nie były zawsze jednakie; niekiedy udawało się wywołać rozwój tkanki łącznej, rychło tworzyło się krążenie uboczne, zwłaszcza w opłucnej. U zwierząt zakażonych gruźlicą wynik tego zabiegu był widoczny, n. p. w porównaniu ze stroną nieoperowaną. T. przeprowadza te badania dalej i ma zamiar zastosować podobny sposób do gruźlicy nerek.

IV. Temat główny.

Wilms (Heidelberg): **Kątnica ruchoma, a przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego.** Wiele przypadków, w których na podstawie objawów klinicznych przyjmuje się przewlekłe zapalenie wyrostka, jest skutkiem zrostów, wadliwego położenia jelita ślepego, albo t. zw. jelita ślepego ruchomego. Występują tu nieraz »typowe« napozór napady. Obraz wyjaśnia nieraz dopiero rentgenografia (3 zdjęcia po spożyciu bizmutu w 4, 10 i 24 godzin). Leczenie: umocowanie kątnicy, poczem wyleczenie co do bolu i uregulowanie stolca następuje w 75% takich przypadków.

De Quervain (Bazyleja): **W sprawie chirurgicznego leczenia ciężkich czynnościowych zaburzeń jelita grubego.** Nie znając dokładnie jeszcze fizyologii jelita grubego, nie zawsze naszymi zabiegami dochodzimy do celu (enteroanastomoza, umocowanie, wyłączanie przetoki, wycięcie i t. p.). W rozpoznaniu najlepsze jeszcze usługi oddaje rentgenoskopia. Po wycięciu jelita grubego unikać należy odżywiania jarzynami, które trudno ulegają strawieniu.

Dyskusya: Sonnenburg uważa kątnicę ruchomą za anomalię nieszkodliwą, a nawet korzystną. Obrazy rentgenowskie bardzo często mylą i co do wskazań operacyi polegać na nich samych nie można. — Dreyer zwraca uwagę, że w $^2/_3$ sekcyi znajduje się jelito ślepe ruchome i dlatego nie należy go uważać za coś chorobowego, bo zwykle nie wywołuje ono żadnych przypadków. Samo już umocowanie jelita stwarza stosunki nienormalne, zwłaszcza n. p. u kobiet (ciąża).

Klose (Frankfurt n. M.). **Nawykowe skręcanie się kątnicy ruchomej.** Nawykowe skręcanie się ruchomego jelita ślepego, prócz właściwego sobie obrazu, wywołuje nieraz i inne następcze cierpienia, zwłaszcza napady zapalenia wyrostka, wędrowanie nerki, zakażenia miednicy i t. p. Leczenie: umocowanie kątnicy, przyczem w 89% wyniki są znakomite.

W dyskusyi Körte zwraca uwagę, że powracamy do nauki: o »zapaleniu ślepej kiszki«. Sam ból przy t. zw. przewlekłych zapaleniach wyrostka nie powinien być nigdy wskazaniem do operacyi, bo spotka się wtedy często zupełnie inne cierpienia, nie wymagające koniecznej operacyi. K. wątpi, by miejscowe zboczenia jelita grubego mogły wywoływać przewlekłe zaparcia; wszak przy gruźlicy i nowotworach jelita ślepego często zaparcia niema. — W dalszej dyskusyi jedni oświadczają się za, inni przeciw zdaniu Wilmsa. W końcu Wilms przytacza historye przypadków, w których wycięcie wyrostka w podobnych przypadkach zostało bez skutku, a dopiero przez umocowanie kątnicy osiągnięto wyleczenie. — Voelcker (Heidelberg) w podobnych przypadkach marszczy jelito grube.

Goebel (Kiel): **W sprawie chirurgicznego leczenia zaparcia, wywołanego przez nadmiernie długą pętlę esowatą** (megasigmoideum) **i zastawki Houstona.** »Megasigmoideum« (niejako lekki stopień choroby Hirschsprunga) daje się dobrze rozpoznać z pomocą romanoskopii. Przy zastawkach Houstona osiąga się dobry wynik zapomocą zakładania na nie klamerek.

Hoehne (Kiel): **Kliniczne doświadczenia nad uodparnianiem otrzewnej przeciw zakażeniom.** H. stara się uodpornić otrzewnę zapomocą wprowadzania do otrzewnej olejku kamforowego.

Henle (Dortmund): **Zwalczanie porażenia kiszek hormonalem.** W dyskusyi przeważnie zachwalano korzystne działanie wstrzykiwań tego środka.

Neudörfer (Hohen-Ems): **O wrzodzie dwunastnicy.** Wrzód dwunastnicy jest znacznie częstszy, niż dawniej sądzono. Cechują go bole, występujące wieczorem lub w nocy, albo krwotoki. Co do leczenia, to prócz połączenia żołądka z jelitem, należy nieraz zamknąć na stałe odźwiernik. W tym celu radzi Girard plastykę Mikulicza w sensie przeciwnym (cięcie podłużne, zeszyte poprzecznie). — Katzenstein w celu uniknięcia »circulus vitiosus« zakłada szew, zatykający ramię doprowadzające, a rozszerzający odprowadzające.

Kischner i Mangold (Królewiec): **Czynność zwieracza odźwiernika po poprzecznem przecięciu żołądka.** U psa nawet po poprzecznem przecięciu żołądka, (a więc w przypadku, gdzie wpływ nerwu błędnego ustał), zachowuje odźwiernik i część przedodźwiernikowa ruchomość.

Exner przy przełomach żołądkowych przeciął z dobrym skutkiem nerw błędny powyżej przepony.

V. Temat główny.

Fedoroff (Petersburg): **Śródżylne uśpienie hedonalowe.** F. usypia $^3/_4$ proc. rozczynem. Zużywa 400—600 cm³ płynu, czyli mniej więcej 4 cg na kilogram wagi ciała. 500 uśpień bez zarzutu.

Kümmell (Hamburg): **Śródżylne uśpienie eterowe.** Uśpienie 5% rozczynem eteru (około 250 cm³) daje zupełnie dobre wyniki.

Brunn (Tybinga): **Uśpienie wstrzykiwaniem pantopon-skopolaminy.** 500 uśpień bardzo korzystnych. Zwykle daje B. 0,04 pantoponu i 4 dgm skopolaminy, ew. przy zmniejszonem krążeniu. W razie stałego uśpienia dodaje eter, chloroform zaś jest przy tem bezwzględnie przeciwwskazany.

Mertens (Zabrze): **Uśpienie isopral-chloroformowe.** Przez lewatywę daje M. rozczyn isopralu w alkoholu z eterem, a w godzinę potem rozpoczyna uśpienie chloroformem. Chory usypia bez podniecenia, szybko, a nieraz przed chloroformowaniem. Wymiotów nigdy niema, chorzy śpią zwykle dalej do wieczora. Isopralu daje M. tyle razy po 0,1, ile kilogramów waży chory (n. p. 55 kg, to isopralu 5·5 gm).

Neu (Heidelberg): **Uśpienie gazem rozweselającym z tlenem.** N. przeprowadza uśpienie zapomocą aparatu, zbudowanego przez siebie, dokładnie mieszającego gazy (80 gazu rozweselającego + 20 tlenu z początku, potem 85 : 15). Chory usypia i budzi się bardzo szybko, a uśpienie przeciągać można dowolnie.

Arnd (Berno) zachwala **uśpienie 5% wodą eterową,** wprowadzoną do odbytnicy, przyczem zwykle litr wystarcza. Przedtem wstrzykuje A. pantopon + skopolaminę.

Läwen (Lipsk): **Dalsze doświadczenia ze znieczulaniem pozaoponowem.** 120 przypadków. Najwyżej stosuje L. 10 dcg nowokainy; wstrzykiwać trzeba powoli.

Ritter (Poznań): **Zupełne znieczulenie przez wstrzykiwanie kokainy do krwi.** U zwierząt otrzymał R. zupełne znieczulenia, wstrzykując 5% rozczyn kokainy.

W dyskusyi większość mowców oświadcza się prze-

ciw uśpieniu śródżylnemu, a także zarzuca pantoponowi złe działanie. — Braun poleca miejscowe znieczulanie nerwu trójdzielnego przy operacyach na szczękach i języku. (D. n.).

ODEZWA.

Niezadługo spieszyć będą pracownicy ze wszystkich stron Ziem Polskich do Krakowa na Zjazd przyrodników i lekarzy polskich, przynosząc ze sobą dorobek naukowy obecnej doby. Dorobek dzisiejszy spoczywa jednak na barkach naszych poprzedników. Przędzę ich myśli my dalej snujemy. Co się dawniej działo w zakresie wiedzy lekarskiej na Ziemiach Polskich, jest obowiązkiem naszym rozpatrzyć, zebrać w całość i naszym następcom przekazać, aby z tych prac i zabiegów potomność korzystać mogła. Zbiory przedmiotów i dokumentów, dotyczące wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej u nas, stanowią nietylko przyczynek do historyi kultury naszego narodu, ale ułatwiają lekarzom i przyrodnikom-historykom badanie i nauczanie historyi medycyny.

Wydział lekarski Uniw. Jagiell. organizuje obecnie Muzeum historyczne medycyny i farmacyi polskiej, jako instytucyę uniwersytecką, która ma zeŝrodkować w sobie cały materyał, przedstawiający rozwój historyczny medycyny i farmacyi na Ziemiach Polskich od najdawniejszych czasów, aż do dnia dzisiejszego. Wprawdzie istnieją u nas księgozbiory lekarskie, lecz te przechowują tylko książki, i to przeważnie odnoszące się do wykonawstwa lekarskiego. Istnieje jeszcze wiele przedmiotów w zawodzie lekarskim i farmaceutycznym, których biblioteki nie przyjmują, a które dla historyi rozwoju medycyny posiadają wielką wartość. Przedmioty takie po zgonie lekarza pozostają najczęściej w rodzinach bez użytku, po strychach i składach, narażone na zniszczenie. Najmniejszy jednak przedmiot, dziś uważany za nic nieznaczący, może nabrać w przyszłości dużej wartości historycznej, nawet i ogólnej. Dzisiejsze Muzeum liczy wprawdzie około cztery tysiące przedmiotów. Jest ono jednak tylko małą cząstką rozproszonego materyału, a obejmuje przedmioty więcej lokalne. Przedmiotów z odległych stron Ziem Polskich w niem jeszcze niema. Nadarza się obecnie sposobność każdemu uczestnikowi Zjazdu okazania swej dbałości o przeszłość naszej kultury narodowej i przyczynienia się do wzbogacenia zbiorów Muzeum historycznego medycyny polskiej, jeśli przywiezie ze sobą przedmioty i okazy chociażby najdrobniejsze, z najodleglejszych krańców Ziem Polskich. Takich przedmiotów znajdzie się wszędzie, gdzie lekarz praktykuje, poddostatkiem, gdyż tu chodzi właśnie o rzeczy codzienne, które łatwo się niszczą lub giną.

Muzeum historyczne medycyny polskiej gromadzi bowiem następujące przedmioty z zakresu wiedzy i praktyki lekarskiej i farmaceutycznej:

Dzieła drukowane lub pisane polskie, albo też w obcym języku, wydane przez autorów polskich, odbitki prac, czasopisma lekarskie i farmaceutyczne polskie, artykuły i wzmianki lekarskie i farmaceutyczne w czasopismach politycznych i innych, rękopisy, statuty Towarzystw lekarskich i aptekarskich, sprawozdania z posiedzeń i ich działalności, korespondencye, bilety, recepty, świadectwa, dyplomy, adresy, upominki, listy pochwalne, odznaczenia, ordery, medale; plany i opisy szpitali, zakładów leczniczych, uzdrowisk i zdrojowisk polskich; stare inwentarze; rozporządzenia i dokumenta władz sanitarnych; wiadomości o partactwie lekarskiem i t. p. Portrety, sztychy, fotografie pojedyncze i zbiorowe tak lekarzy, jak i ich rodzin. Następnie przyrządy i preparaty pomysłu lekarzy, aptekarzy i bandażystów polskich, rysunki i modele tych przyrządów, przyrządy używane przez lekarzy w Polsce w różnych epokach i t. d.

Zapewne wiele z wyliczonych przedmiotów znajduje się w posiadaniu uczestników Zjazdu lub ich powinowatych, albo znajomych rodzin. Ofiarowanie takiego przedmiotu do powstającego Muzeum będzie nietylko darem, złożonym na ołtarzu zawodu lekarskiego i naszego społeczeństwa, ale i upominkiem dla przyszłych pokoleń.

Bardzo pożądanem jest, aby druki i przedmioty dzisiejszej doby już teraz były w Muzeum składane, by je od zagłady uchronić. Szczególniej pożądane są korespondencye, dokumenta, jakoteż sprawozdania komitetów z organizacyi zjazdów, ankiet, zgromadzeń lekarskich i aptekarskich, gdyż one dadzą przyszłemu historyk możność ocenienia pracy i postępu każdoczesnej generacyi lekarzy i farmaceutów.

Przedmioty, ofiarowane dla Muzeum historycznego medycyny polskiej, przyjmuje, potwierdzając odbiór, Dr Józef Kostrzewski w klinice medycznej U. J., ulica Kopernika 15, gdzie się zbiory mieszczą.

Prof. Walery Jaworski, zawiadowca Muzeum.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcya medycyny teoretycznej: 36) S. Dzierżgowski (Petersburg): Odporność czynna i bierna przeciwko błonicy. 37) Inż. S. Okulicz (Ałatyr): Studyum chemiczno-fizyologiczne o istocie zapachu.

Sekcya medycyny wewnętrznej: 66) A. Edelman i J. Kostrzewski (z kliniki medycznej U. J.): Szybki sposób oznaczania ciśnienia osmotycznego i ilości białka w moczu. 67) Ciż-sami: Mocz w serologii. 68) J. Kostrzewski i J. Nowaczyński (z kliniki medycznej U. J.): Wpływ kwasów i zasad na uczynnianie jadu kobry przez surowicę krwi ludzkiej.

Sekcya zdrowotności publicznej: Posiedzenie I. (18 lipca o godz. 2 popoł.). 1) Bujwid (Kraków), Kopczyński (Warszawa), Nitsch (Kraków), Piasecki (Lwów): Postulaty higieny szkolnej. 2) Bron. Kaczorowski (Lwów): Stan zdrowia i higieny dzieci szkół miejskich we Lwowie. 3) J. Landau, Weinsberg, Zamorski (Kraków): Opieka nad dziećmi oddanemi na wychowanie w miastach. O godz. $6^1/_2$ wieczór posiedzenie organizacyjne Delegatów Tow. przeciwgruźliczych w Polsce.

Posiedzenie II. (19. lipca o godz. 8 rano w Zakładzie higieny, Lubicz 42). 5) Zapasiewicz (Warszawa): Demonstracya preparatów dżumy. O godz. 9 rano w Tow. lekarskiem: 6) Janiszewski (Kraków), Sterling (Łódź), Wiczkowski (Lwów), Żychoń (Zakopane): Stan sprawy zwalczania gruźlicy w różnych dzielnicach Polski. 7) Edw. Bruner (Warszawa): Walka z toczniem (lupus). 8) Janiszewski (Kraków), Legeżyński (Lwów), Polak (Warszawa): Organizacya służby zdrowia w miastach polskich.

Posiedzenie III. (19 lipca o godz. 3 popoł.). 9) Janiszewski, Prof. inż. Rakowicz (Kraków): Regulacya miast i Wielki Kraków. 10) Inż. Drexler (Kraków), Zopoth (Kraków): Miasta-ogrody. 11) L. Bier (Kraków): Potrzeba organizacyi nadzoru nad żywnością. 12) Sikorski (Kraków): Zwalczanie kurzu i dymu w miastach. 13) Bier (Kraków): Dalszy rozwój ustawodawstwa dla nadzoru nad żywnością.

Posiedzenie IV. (20. lipca o godz. 8 rano w Zakładzie higieny). 14) Bujwid: Demonstracya wyjaławiania wody zapomocą promieni ultrafiołkowych. 15) Tenże: Demonstracya tablicy porównawczej działania środków odkażających na powierzchnię skóry. O godz. 9 rano w Tow. lek.: 16) Inżynierowie Jaszczurowski (Kraków), Kłeczek (Kraków), Włodz. Nowak (Kraków): Zaopatrzenie W. Krakowa w wodę; kanalizacya; odżelezienie wody wodociągowej. 17) Eisenberg (Kraków), Kucera (Lwów): Roznosiciele zarazków. 18) Owsiński (Kraków): Zakażenia połogowe w Krakowie w ostatnich latach.

Posiedzenie V. (21. lipca o godz. 3 popoł.). 19) Eisenberg (Kraków), Gantkowski (Poznań), Daszyńska-Golińska (Kraków), Skalski (Łódź): Alkoholizm w Polsce i jego zwalczanie. 20) Stopczański (Kraków): Rozszerzanie się chorób wenerycznych w Krakowie a prostytucya. 21) Janiszewski (Kraków): Higiena rasy.

Posiedzenia Sekcyi odbywać się będą w domu Tow. lek. (ul. Radziwiłłowska 4, I. piętro).

Sekcya filozoficzna pomieściła w swoim programie dwa tematy dyskusyjne, z których lekarzy może zajmować temat: »Stosunek filozofii do nauk przyrodniczych« (referenci: Prof. M. Straszewski i Prof. S. Zaremba). Oprócz tego zgłoszono w sekcyi tej dotąd 18 wykładów, z których kilka również stoi na pograniczu nauk przyrodniczych i lekarskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 7. VI. 1911 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił chorych ze swej kliniki (chrząstniakomięsak łopatki, rozległe a osobliwe zbliznowacenia brzucha po oparzeniu), których operował lub ma operować i mówił o postępowaniu w zapaleniu wyrostka robaczkowego i w kamicy nerkowej, Dr Radliński przedstawił operowany przypadek raka pęcherza i dwa przypadki rzekomych guzów mózgu, a Dr Kostrzewski miał wykład: »Serodyagnostyka raka«.

— Profesor M. L. Jakubowski, czcigodny Nestor pedyatrów polskich, obchodzi w b. m. 50-tą rocznicę doktoratu. Z tego powodu odbędzie się uroczyste odnowienie dyplomu w d. 26. b. m. w auli Uniwersytetu.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Jerzy Bujalski rodem z Płocka, Zygmunt Klukowski rodem z Odęssy, Arkadyusz Fortkiewicz z Sierpca w Królestwie Polskiem i Władysław Szumski z Ukrainy.

— Wystawa balneologiczna, urządzona przez Polskie Towarzystwo balneologiczne, odbędzie się podczas XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, w czasie od 18 do 31 lipca b. r. Dzięki życzliwości Prezydenta miasta Krakowa, Dr Leo, Kuratoryi Akademii handlowej, a osobliwie dyrektora jej p. Kannenberga, uzyskał Komitet jeden z najokazalszych gmachów Krakowa, mianowicie Akademię handlową (Straszewskiego 29), doskonale nadającą się do powyższego celu. Na Wystawę powyższą przesyłać można: 1) Plany i fotografie zakładów zdrojowych, uzdrowisk i lecznic. 2) Plakaty i widokówki ze zdrojowisk i zakładów. 3) Przekroje geologiczne. 4) Przekroje i ujęcia źródeł. 5) Próbki wód mineralnych. 6) Próbki soli, borowiny, mułów, wyciągów i t. d. 7) Modele lub fotografie wanien, kotłów i urządzeń technicznych. 8) Modele lub fotografie przyrządów leczniczych, używanych do elektroterapii, mechanoterapii, gimnastyki itd. 9) Mapy graficzne. 10) Dane statystyczne (frekwencya, ilość kąpieli mineralnych i hydropatycznych, ilość wysłanych wód i przetworów). 11) Bibliografię (prace, broszury, prospekta). 12) Wzory przemysłu, a zwłaszcza odnoszące się do zdrojownictwa krajowego i urządzeń zakładów. 13) Zbiory, dotyczące miejscowej fauny i flory i t. d. Ceny miejsc dla wystawców wynoszą: 1 m^2 ściany razem z 1 m^2 stołu K 25. 1 m^2 ściany z przylegającym 1 m^2 podłogi K 20. 1 m^2 podłogi w środku K 20. Cała sala bez urządzenia K 150. Uprasza się Wystawców o podanie powierzchni żądanej przez nich płaszczyzny: na ścianie, na podłodze, na stołach, na sztalugach. Adres: Biuro Wystawy balneologicznej — Kraków, Batorego 1 (parter), Tel. 2112. Komitet wydawać będzie honorowe odznaczenia i dyplomy.

— »Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk« we Lwowie przeniósł swoje biuro do własnego lokalu przy ul. Czarnieckiego l. 6 w parterze, gdzie też pomieszczona jest obecnie redakcya organu Związku »Nasze zdroje« i dokąd też należy odtąd adresować wszelkie pisma.

— Kolej żelazna z Muszyny do Krynicy została otwarta.

— W Szczawnicy uchwaliła komisya zdrojowa odkażać mieszkania po każdym gościu. Na pokrycie kosztów tego składać będzie każdy z gości drobną opłatę. Zarządzenie to zasługuje na zupełne uznanie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. V. do 3. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 1 (w tem obcych 3 † —), krztuśca 4 † —, ospy wietrznej 2, płonicy 12 † 2 (4 † 2), odry 5 † 3 (3 † 1), duru brzusznego 5 † — (2 † —), nagminnego zapalenia opon mózg. 1 † — (1 † —), jaglicy 6.

Dr Janiszewski.

Mianowani: Prof. Pohl z Pragi profesorem farmakologii we Wrocławiu, Prof. Abderhalden profesorem fizyologii w Halle, Doc. Winterstein profesorem fizyologii w Rostocku.

Zmarli: Histolog prof. Kerschner w Insbrucku, neurolog prof. Remak w Berlinie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.